依　　頼　　状

代理人（依頼される方）

フリガナ	トクテイシャカイホケンロウムシ　アサダ マナブ	本人との関係	特定社会保険労務士
氏　　名	特定社会保険労務士　　朝田　学		
住　　所	〒５３０－００４１ 大阪市北区天神橋2-5-21　松原ビル5F-B	TEL 06-6882-2233　FAX 06-6882-0817	

私は、上記の者を代理人と定め、下記の年金相談に関する代行を依頼します。

ご本人（依頼する方）

基礎年金番号	□□□□－□□□□□□	（年金コード）	□□□□
フリガナ		生年月日	明治 大正 昭和 平成　年　月　日
氏　　名	（旧姓　　）		
住　　所	〒　－	電話（　　）　－	
依頼する内容	（具体的に記入してください） 年金加入歴調査 ※　年金に関するデータの交付について ①代理人に交付を希望する		

平　成　　年　　月　　日

氏　名　　印

※　○の欄をご記入の上、ご郵送下さい。

依頼状ご送付先・お問い合わせ先

〒530-0041
大阪市北区天神橋２－５－２１　松原ビル５Ｆ－Ｂ
朝田社会保険労務士事務所 宛
TEL 06-6882-2233　FAX 06-6882-0817