

FAX相談票（24時間受付）

ご相談のみは無料です

FAX番号：092-776-9998

下記の相談票にご記入の上、FAXにて送信ください。

確認後、受付順に担当者からご連絡いたします。しばらくお待ちください。

ねんきん相談所 ラピース

フリガナ (本人) お名前		生年月日 昭和 ・ 平成 年 月 日
フリガナ (代理人) お名前	ご本人との関係 ()	ご本人の現在の年齢 才
お住いの 住所	〒	
電話番号	() —	ご希望の時間帯があれば記入
メールアドレス	@	

※担当者よりご連絡をさせていただきます。ご希望の連絡先をご記入ください

傷病名	※複数あれば、全てご記入ください。
初診日	※初めて病院に掛かった日をご記入ください。「平成〇年〇月頃」でも構いません。
年金の種類	※初診日に加入していた年金の種類です。いずれかに☑をしてください。 <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金（会社員等） <input type="checkbox"/> 不明
ご質問・ご要望などあればご記入ください。	

※ご記入いただいた個人情報は年金の申請手続きのみに使用します。第三者に開示・提供することはありません。