

様式3

口蹄疫被害に係る農業者年金保険料追納申出書

被保険者氏名		生年月日	昭和・平成	年	月	日		
被保険者証の記号番号								
免除申出済の期間	平成	年	月	から	平成	年	月	まで
追納しようとする期間	平成	年	月	から	平成	年	月	まで
<p>上記のとおり申し出ます。</p> <p>住所 〒 -</p> <p>被保険者氏名 ⑩</p> <p>独立行政法人農業者年金基金理事長 殿</p> <p style="text-align: right;">平成 年 月 日</p>								

受付印	基金	農業委員会	農業協同組合

(注) 追納を申し出る期間の始期は、免除申出済の期間の一番古い月となります。