厚生年金基金　加入員資格取得届

※決裁	常務理事	事務長	部長	課長	係長	係
日付印						

事業所→基金

（基金宛）

届書コード	処理区分	(1) 健康保険被保険者証の記号（年金整理記号）	(2) 事業所番号（保険料納入告知書の番号）	厚生年金基金番号	基金の事業所番号	頁番号
200	※	(健) 000 (年) 000 ※	0000	基 000	000000	

	(3) 健康保険被保険者証の番号（年金整理番号）	(4) 被保険者の氏名	(5) 生年月日	(6) 種別（性別）	(7) 取得区分	(8) 基礎年金番号	(9) 作成原因	(12) 資格取得年月日（入社した日など）	報酬月額 (ア) 金銭によるものの額 (イ) 現物によるものの額 (ウ) 合計	(13) 標準報酬月額	(14) 被扶養者届の添付の有無	(15) 健康保険被保険者証の作成	(16) 強制付番指定	(17) 年金手帳の作成
厚年														
基金	(18) 類別	(19) 加入員番号	(20) 報酬標準給与月額	(21) 適用区分	(22) 基準給与月額	(23) 取得者区分		(24) 摘要						

（記入上の注意）

ア. 記入の方法は表紙の裏面に書いてありますからよく読んでください。

イ. 複写用紙ですから、下敷を使ってボールペンで強く記入してください。

ウ. 基本型の制度の場合は、基本欄は加入員番号（(19)欄）、および取得者区分（(23)欄）だけ記入してください。

エ. 取得者区分（(23)欄）は該当する事由に○印を記入してください。

オ. 「※」印欄は記入しないでください

厚生年金

第 (健) 00000 (年) 00000 号

(フリガナ) ケンポ タロウ
氏名 健保 太郎

大 3 昭 5 平 7 ○○年○○月○○日

5 6 7

新 1 再 2 70歳以上

0000 0000000 ※

平成 ○○年○○月○○日

(ア) ○○○, ○○○ (イ) 0 (ウ) ○○○, ○○○

健 ○○○千円 年 ○○○千円

無 0 ・ 有 1

※要 0 ・ 不要 1 ／ ※要 0 ・ 不要 1 ／ ※要 0 ・ 不要 1

(10) 郵便番号 000−0000 住所コード ※

(11) 被保険者住所

(フリガナ) ○○ケン○○シ○○マチ

都道府県 ○○ ○○県○○市○○町１−１

(エ) 備考

基金

類別 加入員番号 0000000000 標給 ○○○千円 適用区分 基給 ○○○千○○○円

事業所間異動者 新規加入者 再加入者 再取得が明らかであった者 受給権者 高齢任意加入者 転入者 摘要

厚生年金

第 (健) (年) 号

(フリガナ)
氏名

大 3 昭 5 平 7 年 月 日

5 6 7

新 1 再 2 70歳以上

※

平成 年 月 日

(ア) (イ) (ウ)

健 千円 年 千円

無 0 ・ 有 1

※要 0 ・ 不要 1 ／ ※要 0 ・ 不要 1 ／ ※要 0 ・ 不要 1

(10) 郵便番号 − 住所コード ※

(11) 被保険者住所

(フリガナ)
都道府県

(エ) 備考

基金

類別 加入員番号 標給 千円 適用区分 基給 千 円

事業所間異動者 新規加入者 再加入者 再取得が明らかであった者 受給権者 高齢任意加入者 転入者 摘要

厚生年金

第 (健) (年) 号

(フリガナ)
氏名

大 3 昭 5 平 7 年 月 日

5 6 7

新 1 再 2 70歳以上

※

平成 年 月 日

(ア) (イ) (ウ)

健 千円 年 千円

無 0 ・ 有 1

※要 0 ・ 不要 1 ／ ※要 0 ・ 不要 1 ／ ※要 0 ・ 不要 1

(10) 郵便番号 − 住所コード ※

(11) 被保険者住所

(フリガナ)
都道府県

(エ) 備考

基金

類別 加入員番号 標給 千円 適用区分 基給 千 円

事業所間異動者 新規加入者 再加入者 再取得が明らかであった者 受給権者 高齢任意加入者 転入者 摘要

厚生年金

第 (健) (年) 号

(フリガナ)
氏名

大 3 昭 5 平 7 年 月 日

5 6 7

新 1 再 2 70歳以上

※

平成 年 月 日

(ア) (イ) (ウ)

健 千円 年 千円

無 0 ・ 有 1

※要 0 ・ 不要 1 ／ ※要 0 ・ 不要 1 ／ ※要 0 ・ 不要 1

(10) 郵便番号 − 住所コード ※

(11) 被保険者住所

(フリガナ)
都道府県

(エ) 備考

基金

類別 加入員番号 標給 千円 適用区分 基給 千 円

事業所間異動者 新規加入者 再加入者 再取得が明らかであった者 受給権者 高齢任意加入者 転入者 摘要

平成 ○○年 ○○月 ○○日提出

事務所所在地	〒 111 − 1111 ○○県○○市○○町1
事務所名称	○○○○株式会社
事業主氏名	事業 太郎
電話	111−111−1111

印 ㊞

社会保険労務士の提出代行者印		
		㊞

保険料納入告知書の番号（健康保険）	第 号

※ 受付日付印