

# 加入者資格取得届

訂正 ・ 取消


年 月 日提出

提出者記入欄	事業所番号	
	事業所所在地	〒 _____
	事業所名称	
	事業主氏名	
電話番号	( _____ ) _____	
書類作成代行者		
電話番号		( _____ ) _____

受付印

加入者1	① 加入者番号		② 氏名	カナ (氏) _____ (名) _____	③ 生年月日	5 昭和 7 平成	年	月	日		
	④ 資格取得年月日	7 平成 9 令和	年	月	日	⑤ 取得事由	<input type="radio"/> 新規加入者 <input type="radio"/> 事業所間異動 <input type="radio"/> 再加入明らか <input type="radio"/> 再加入者 <input type="radio"/> 設立編入			⑥ 性別	5 男 6 女
	⑦ 第1基準給与 <small>(厚生年金保険の標準報酬月額)</small>	円	⑧ 第2基準給与 <small>(口数×1000)</small>	円	⑨ 基礎年金番号	—					
	⑩ 過去勤務月数	月	⑪ 過去勤務開始年月日	5 昭和 7 平成 9 令和	年	月	日	⑫ 備考			

加入者2	① 加入者番号		② 氏名	カナ (氏) _____ (名) _____	③ 生年月日	5 昭和 7 平成	年	月	日		
	④ 資格取得年月日	7 平成 9 令和	年	月	日	⑤ 取得事由	<input type="radio"/> 新規加入者 <input type="radio"/> 事業所間異動 <input type="radio"/> 再加入明らか <input type="radio"/> 再加入者 <input type="radio"/> 設立編入			⑥ 性別	5 男 6 女
	⑦ 第1基準給与 <small>(厚生年金保険の標準報酬月額)</small>	円	⑧ 第2基準給与 <small>(口数×1000)</small>	円	⑨ 基礎年金番号	—					
	⑩ 過去勤務月数	月	⑪ 過去勤務開始年月日	5 昭和 7 平成 9 令和	年	月	日	⑫ 備考			

〈留意事項〉

- ① 加入者番号  
新規加入者の場合は空欄で差し支えありません。
- ⑦ 第1基準給与  
(例) 厚生年金保険被保険者資格取得届に記入した報酬月額：210,000円  
⇒ 210,000円以上230,000円未満  
⇒ 15等級の標準報酬月額「220,000」円をご記入ください。
- ⑨ 基礎年金番号  
原則としてご記入ください。  
20歳未満の方など未付番の場合は空欄で差し支えありません。  
後日「基礎年金番号届」をご提出ください。