

平成 年 月 日

大阪薬業厚生年金基金 御中

事業所番号

--	--	--	--	--	--

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

印

電話番号

— —

## 厚生年金保険法 第 1 2 8 条 の 届

貴基金に提出した加入員に関する届出の内容について、日本年金機構からの通知と照合しましたので厚生年金保険法第128条の規定に基づき、下記のとおり届出いたします。

(ア) 届書の種類 届書種類名の番号を○でかこむ	(イ) 通知書の日付 基金からの通知書 右下の赤スタンプの日付を記入	(ウ) 加入員氏名 基金からの通知書 一枚目の最初の氏名を記入	(エ) 照合結果 年金機構からの通知書 基金分と照合した結果を記入
1 資格取得届	年 月 日		1. 相違なし 2. 相違あり
2 資格喪失届	年 月 日		1. 相違なし 2. 相違あり
3 月額変更届	年 月 日		1. 相違なし 2. 相違あり
4 賞与支払届	年 月 日		1. 相違なし 2. 相違あり
5 算定基礎届	年 月 日		1. 相違なし 2. 相違あり

### 確認と記入方法

- 基金から確認通知書が送られてきたとき  
基金からの確認通知書の内容と事業所が届出した内容と相違ないか確認します。  
(ア)～(ウ) 欄を記入しておきます。
- 日本年金機構から確認通知書が送られてきたとき  
年金機構からの確認通知書の内容と基金からの確認通知書の内容に相違がないか確認します。  
(エ) 欄の照合結果 相違 なし・あり を ○ でかこんで基金に提出します。  
※ 相違 あり の場合は、該当者についての年金機構通知書をコピーし、相違した項目がわかるように朱書き等でしるしを入れた写しを添付してください。

### 照合していただく事項

- 資格取得届：整理番号・氏名(漢字・カナ)・生年月日・性別・基礎年金番号・取得年月日・標準報酬月額
- 資格喪失届：基礎年金番号・資格喪失年月日
- 月額変更届：改定年月・改定後の標準報酬月額
- 賞与支払届：支払年月日・決定後の標準賞与額
- 算定基礎届：適用年月・決定後の標準報酬月額

- ※ この書面は、日本年金機構から該当する通知があり次第、すみやかに基金に提出してください。
- ※ この書面を提出した後に日本年金機構からの通知に訂正があったときは、必ずその旨を基金にお知らせください。