

平成 年 月 日

大阪薬業厚生年金基金 御中

事業所番号 101184

事業所名称 大阪薬業厚生年金基金

事業主氏名 理事長 薬業 一郎 事業主印

電話番号 06 - 6945 - 1021

事業主印を押印してください。ただし、事業主が署名した場合、押印は省略できます。

該当する届出書の種類を選び、○で囲んでください。

厚生年金保険法 第128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	(イ) 通知書の日付	(ウ) 最初の加入員氏名	(エ) 照合結果
① 資格取得届	24年4月20日	年金太郎	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

お送りしました通知書と日本年金機構からの通知書を照合し、相違がない場合は1の「相違なし」に○を、相違がある場合は2の「相違あり」を○で囲み日本年金機構からの通知書のコピーを添付してください。

お送りしました通知書の右下に押されている日付をご記入ください。

記入方法

- (ア) 該当する届出書類の番号1～5を○でかこみます
- (イ) 該当する基金からの通知書に押印された確認日付を記入します
- (ウ) 該当する届出に記載された最初の加入員の氏名を記入します
- (エ) 照合結果を○でかこみます
- 2.相違ありの場合は、該当者について日本年金機構の通知書のコピーを添付します
コピーには相違した項目がわかるように朱書きでしるしを入れてください

※ ・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

お送りしました通知書の一番上の方のお名前をご記入ください。