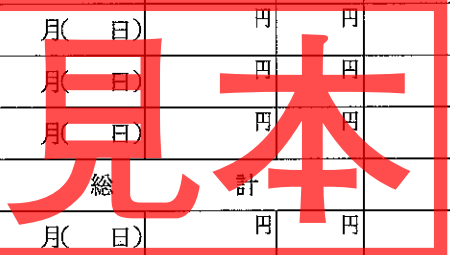




# 厚生年金保険 被保険者資格記録事項訂正届

取消

厚生年金基金加入員番号										常務		事務長		部長		課長		係					
① 事業所整理記号				② 被保険者整理番号				③ 被保険者の氏名 (氏) (名)				④ 生年月日 明大昭平 年 月 日				⑤ 年金手帳の基礎年金番号							
⑥ 資格取得届の訂正・取消										⑦ 月額変更届・算定基礎届・賞与支払届・種別変更届の訂正・取消										⑧ 資格喪失届の訂正・取消			
区分	資格取得年月日	性別(種別)	報酬月額	① 金銭	標準給与月額	※原因	決定・改定または変更年月日	性別(種別)	算定基礎月(支払基礎日数)	金銭	現物	合計	平均額または賞与額	標準給与月額	標準賞与額	資格喪失年月日	性別(種別)	標準給与月額	資格喪失原因				
				② 現物																③ 合計			
訂正前	年月日	1.5 2.6 3.7 4.7	① ② ③	円	健千円	新	年月日	1.5 2.6 3.7 4.7	月(日)	円	円	円	円	円	健千円	健千円	年月日	1.5 2.6 3.7 4.7	健千円	死亡・その他			
				円						円	円	円	円	円	円	円					円	円	
訂正後	年月日	1.5 2.6 3.7 4.7	① ② ③	円	健千円	新	年月日	1.5 2.6 3.7 4.7	月(日)	円	円	円	円	円	健千円	健千円	年月日	1.5 2.6 3.7 4.7	健千円	死亡・その他			
				円						円	円	円	円	円	円	円					円	円	
取消事項	年月日	1.5 2.6 3.7 4.7	① ② ③	円	健千円	新	年月日	1.5 2.6 3.7 4.7	月(日)	円	円	円	円	円	健千円	健千円	年月日	1.5 2.6 3.7 4.7	健千円	死亡・その他			
				円						円	円	円	円	円	円	円					円	円	
備考	訂正(取消)の理由																						



事業所所在地	〒	—
事業所名称		
事業主氏名		㊟
電話	( )	

※印の欄は記入しないでください。

※訂正または取消の理由書(事業主の署名・捺印)を添付してください。

なお、報酬および取得・喪失日等に関する訂正・取消の場合は、賃金台帳・出勤簿等の写し(取得日訂正の場合は、加入員証・年金手帳・被保険者証)も添付してください。