

厚生年金基金 70歳以上被用者のお尋ね

* この届は70歳到達による資格喪失届と併せてご提出ください。

① 氏 名		② 生 年 月 日			
フリガナ		昭. 5 平. 7	年	月	日
(氏)	(名)				
③ 上記の方は70歳以上被用者に該当しますか。		備 考 欄			
1. 該当する 2. 該当しない					
「※」印欄は70歳以上被用者に該当する場合のみご記入ください	※ 報 酬 月 額 合 計		※ 標 準 報 酬 月 額 相 当 額		
	円				千円

◎ ③該当の有無欄（いずれかに○）および該当する場合は、報酬月額欄も記入してください。

◎ 被用者とは次の条件全てに該当する方です。

◆昭和12年4月2日以降生まれの70歳以上の方（注1）

◆過去に厚生年金保険の被保険者期間がある方

◆厚生年金保険の適用事業所にお勤めで勤務時間・勤務日数とも一般従業員の概ね4分の3以上の方
注1）当基金では昭和17年4月2日以降生まれの70歳以上の方が対象となります。

* 70歳以上雇用については掛金の徴収がないため、当基金への70歳以上被用者についての届出は不要としておりましたが、平成24年度から当基金でも国と同様に在職老齢年金の支給調整がはじまるため、70歳以上被用者の雇用状況を管理する必要があります。雇用状況把握のため、届のご提出にご理解ご協力の程お願い申し上げます。

（平成14年4月1日以前に当基金の年金の受給権を取得されている方（原則として昭和17年4月1日以前生まれの方）は、支給調整の対象とはなりません。）

◇ 今回「該当する」とされた方が被用者不該当になった場合は、「不該当届」をご提出ください。届出用紙が必要な時は当基金までご連絡ください。

こちらの届はFAXでのご提出も受け付けております。

FAX番号：03-3633-7125

受付日付印