事務センター長 所　　長	副事務センター長 副　所　長	グループ長 課　　長	担当者

厚生年金保険　70歳以上被用者　所属選択 二以上事業所勤務　届

被用者の氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ (氏)	(名)	生年月日	昭. 5 平. 7	年	月	日	基礎年金番号		標準報酬月額相当額	※　千円

事業所	事業所整理記号	事業所名称	該当・不該当年月日	報酬月額
		事業所所在地		

選択事業所			該当	年　月　日	通貨によるものの額	円
					現物によるものの額	円
			不該当	年　月　日	合　計	円
非選択事業所			該当	年　月　日	通貨によるものの額	円
					現物によるものの額	円
			不該当	年　月　日	合　計	円
			該当	年　月　日	通貨によるものの額	円
					現物によるものの額	円
			不該当	年　月　日	合　計	円

平成　　年　　月　　日　提出

受付日付印

被用者住所	〒　　－
被用者氏名	㊞
電話	(　　局)

※新たに70歳以上被用者に該当すると同時に二以上の事業所に雇用される場合には、それぞれの事業所の「70歳以上被用者該当届」が必要です。

※被用者の押印については、署名(自筆)の場合は省略できます。

※「※」印欄は記入しないでください。