様式コード			
2	3	1	1

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	フリガナ (氏)	(名)	生年月日	昭．5 平．7	年	月	日	個人番号(または基礎年金番号)		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

【個人番号（マイナンバー）により届出する際の添付書類について】
本人が窓口で届書を提出する場合は、マイナンバーカード（個人番号カード）を提示してください。お持ちでない場合は、次の①および②を提示してください※1。
①マイナンバーが確認できる書類…通知カード、個人番号がある住民票の写し
②身元（実存）確認書類…運転免許証、パスポート、在留カードなど※2
※1　郵送で届書を提出する場合は、または作成された届書を事業所担当者や社会保険労務士等が提出する場合は、マイナンバーカード表裏両面または①および②のコピーを添付してください。
※2　上記以外の②身元（実存）確認書類については、管轄の年金事務所へお問い合わせください。

被用者住所	〒　－
被用者氏名	㊞
電話	（　　局）

平成　年　月　日　提出

受付日付印

※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。

※個人番号（または基礎年金番号）欄には、基礎年金番号を記入する場合は、年金手帳等に記載されている１０桁の番号を左詰めで記入してください。

※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。