

加入者資格喪失届の記入例

社員が会社を退職したとき、事業主は5日以内に「加入者資格喪失届」を基金へ届出します。会社をご退職(死亡)または65歳に達した時資格を喪失します。

大阪薬業の新しい企業年金基金番号になります

基金の事業所番号は必ず記入してください

大阪薬業企業年金基金 加入者資格喪失届

令和 3年 3月 1日 提出 健康保険事業所記号 1 2 3 4

事業所番号 1 2 3 4 - 5 6 7 8 事業所番号 1 2 3 4 5

企業年金番号 近 基 1 6 3 8 2 基金事業所番号 0 8 8 8

提出者記入欄

事業所所在地 〒540-0037 大阪市中央区内平野町3-2-5

事業所名称 薬業ABC株式会社

事業主氏名 薬業 一郎

電話番号 06 (6945) 1021

受付印

社会保険労務士記載欄
氏名等

退職、死亡の場合は翌日、65歳到達の場合は誕生日の前日を記入します

加入者1	① 被保険者整理番号 105	② (フリガナ) 氏名 ヤクギヨウ ハナコ 薬業 花子	③ 5. 昭和 年 月 日 7. 平成 09 11 05 基金加入者番号 0 8 8 8 0 0 0 1 0 5	④ 個人番号 基礎年金番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 /	⑤ 喪失年月日 7. 平成 9 年 月 日 0 3 0 3 0 1	⑥ 喪失原因 1. 退職等 (平成・令和 年 月 日退職等) 2. 死亡 (平成・令和 年 月 日死亡) 3. 75歳到達 4. 65歳到達 5. 障害認定 6. 事業所間異動 7. 再雇用	標準報酬月額 220 千円 標準報酬月額 220 千円
加入者2	① 被保険者整理番号 106	② (フリガナ) 氏名 オオサカ ジロウ 大阪 二郎	③ 5. 昭和 年 月 日 7. 平成 31 01 08 基金加入者番号 0 7 7 7 0 0 0 1 2 3	④ 個人番号 基礎年金番号 1 2 3 4 5 6 7 8 0 0 /	⑤ 喪失年月日 7. 平成 9 年 月 日 0 3 0 1 0 7	⑥ 喪失原因 1. 退職等 (平成・令和 年 月 日退職等) 2. 死亡 (平成・令和 年 月 日死亡) 3. 75歳到達 4. 65歳到達 5. 障害認定 6. 事業所間異動 7. 再雇用	標準報酬月額 300 千円 標準報酬月額 300 千円
加入者3	① 被保険者整理番号	② (フリガナ) 氏名	③ 5. 昭和 年 月 日 7. 平成	④ 個人番号 基礎年金番号	⑤ 喪失年月日 7. 平成 年 月 日	⑥ 喪失原因 1. 退職等 (平成・令和 年 月 日退職等) 2. 死亡 (平成・令和 年 月 日死亡) 3. 75歳到達 4. 65歳到達 5. 障害認定 6. 事業所間異動 7. 再雇用	標準報酬月額 千円 標準報酬月額 千円
加入者4	① 被保険者整理番号	② (フリガナ) 氏名	③ 5. 昭和 年 月 日 7. 平成	④ 個人番号 基礎年金番号	⑤ 喪失年月日 7. 平成 年 月 日	⑥ 喪失原因 1. 退職等 (平成・令和 年 月 日退職等) 2. 死亡 (平成・令和 年 月 日死亡) 3. 75歳到達 4. 65歳到達 5. 障害認定 6. 事業所間異動 7. 再雇用	標準報酬月額 千円 標準報酬月額 千円

住所は必ず記入してください。基金から年金、脱退一時金の案内を送付するために必要となります。