

事務連絡

平成21年4月16日

各厚生年金基金理事長 殿

厚生労働省年金局企業年金国民年金基金課

事務連絡の写しの送付について

拝啓 日頃は大変お世話になっております。

下記の通り、各地方厚生局あてに送付した事務連絡の写しを送付させていただきますので、よろしくお取り計らい下さい。

敬具

記

- 通知の正誤について
(平成21年4月14日付事務連絡)

以上





事 務 連 絡
平成21年4月14日

地方厚生（支）局長

厚生労働省年金局企業年金国民年金基金課

通知の正誤について

「厚生年金基金の加入員原簿等の記録の整備等に係る事務処理について（平成21年3月9日年企発第0309001号）」の別紙1別添、別紙3別添及び別紙4別添について、一部誤りがありましたので別紙①～別紙③のとおり訂正いたします。当該通知の取扱いに当たっては、留意いただくようお願いいたします。

被保険者記録照会対象者リスト(社会保険庁の記録と厚生年金基金(企業年金連合会)の記録の不一致リスト)

平成〇〇年〇〇月〇〇日

〇〇社会保険事務所管轄分

〇基第〇〇〇〇号 〇〇〇〇厚生年金基金
又は企業年金連合会

厚生年金基金又は企業年金連合会記入欄														社会保険庁記入欄							
項番	基金照会番号	氏名	基礎年金番号	生年月日	性別	事業所整理記号(※1)	事業所名称(※1)	社会保険庁の記録					厚生年金基金の記録				不一致の理由(※2)	添付書類の有無	社会保険庁の記録	記録補正	記録補正内容等(※3)
								被保険者記録					加入員記録								
								(年月日)	(報酬月額)	(種別)	(原因)	(その他の項目)	(年月日)	(報酬月額)	(原因)	(その他の項目)					
1	XX	キキン ノブコ	XXXX-XXXXXX	5-520124	女	2101アイウ	A(株)	7-091001	150	6	3		7-091001	160	3		標準報酬月額相違	有() 無()	正() 誤()	済	
2	XX	キキン ノブオ	XXXX-XXXXXX	5-520202	男	2102ヒフミ	(有)B	7-130201	150	6	2		7-130301	150	2		資格取得年月日相違	有() 無()	正() 誤()	済	決定通知書の写しにより訂正
3	XX	キキン タダシ	XXXX-XXXXXX	5-401025	男	2105シロク	C(株)						7-100401	220	2		被保険者記録なし 東基第2000号	有() 無()	正() 誤()	済	別の基金番号にて記録が管理されていたため訂正
													7-100801	300	3			有() 無()	正() 誤()	済	
													7-101201	300	4			有() 無()	正() 誤()	済	
4	XX	キキン タロウ	XXXX-XXXXXX	5-420520	男	2106テイク	(株)D	7-091101	320	5	3		7-091101	300	3		報酬相違	有() 無()	正() 誤()	済	
5	XX	キキン ヨシオ	XXXX-XXXXXX	5-101012	男		E(有)				5-101012			5-091012			生年月日相違	有() 無()	正() 誤()	済	紙台帳(5-091012)
																		有() 無()	有() 無()	済	
																		有() 無()	正() 誤()	済	
																		有() 無()	正() 誤()	済	

※1 事業所整理記号(都道府県符号、郡市区符号及び事業所記号をいう。)及び事業所名称については、厚生年金基金又は企業年金連合会で把握している場合は記入すること。

※2 当該加入員記録が、厚生年金保険法第144条の2又は第144条の3又は第165条の規定により老齢年金給付の支給に関する権利義務を承継した者に係るものである時は、本欄に資格取得時の基金番号を記入すること。

※3 記録補正内容については、「健保厚年被保険者記録照会回答票(資格画面)」を添付することにより、記入に代えることができる。また、社会保険庁の記録が正しいが、届出書等が存在しない場合は空欄とすることも可。

本人による記録確認依頼リスト

平成〇〇年〇〇月〇〇日

〇〇社会保険事務所管轄分

〇基第〇〇〇〇号 〇〇〇〇厚生年金基金
又は企業年金連合会

項番	基金照会番号	氏名	基礎年金番号	生年月日	性別	事業所整理記号(※1)	事業所名称(※1)	社会保険庁の記録				厚生年金基金の記録			不一致の理由	事業主が社会保険庁への届出誤りを認めているか否か(※2)	届出様式(※3)	
								被保険者記録				加入員記録						
								(年月日)	(報酬月額)	(種別)	(原因)	(年月日)	(報酬月額)	(原因)				
1	XX	キキン ノブコ	XXXX-XXXXXX	5-520124	女	2101アイウ	A(株)	7-091001	150	6	3	7-091001	160	3	標準報酬月額相違	いる <input checked="" type="radio"/> いない <input type="radio"/> 不明 <input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> 複 <input type="radio"/> 単 <input type="radio"/> 不	
																	いる <input type="radio"/> いない <input type="radio"/> 不明 <input type="radio"/>	<input type="radio"/> 複 <input type="radio"/> 単 <input type="radio"/> 不
																	いる <input type="radio"/> いない <input type="radio"/> 不明 <input type="radio"/>	<input type="radio"/> 複 <input type="radio"/> 単 <input type="radio"/> 不
																	いる <input type="radio"/> いない <input type="radio"/> 不明 <input type="radio"/>	<input type="radio"/> 複 <input type="radio"/> 単 <input type="radio"/> 不
																	いる <input type="radio"/> いない <input type="radio"/> 不明 <input type="radio"/>	<input type="radio"/> 複 <input type="radio"/> 単 <input type="radio"/> 不
																	いる <input type="radio"/> いない <input type="radio"/> 不明 <input type="radio"/>	<input type="radio"/> 複 <input type="radio"/> 単 <input type="radio"/> 不
																	いる <input type="radio"/> いない <input type="radio"/> 不明 <input type="radio"/>	<input type="radio"/> 複 <input type="radio"/> 単 <input type="radio"/> 不
																	いる <input type="radio"/> いない <input type="radio"/> 不明 <input type="radio"/>	<input type="radio"/> 複 <input type="radio"/> 単 <input type="radio"/> 不
																	いる <input type="radio"/> いない <input type="radio"/> 不明 <input type="radio"/>	<input type="radio"/> 複 <input type="radio"/> 単 <input type="radio"/> 不

※1 事業所整理記号(都道府県符号、市区町村符号及び事業所記号をいう。)及び事業所名称については、厚生年金基金又は企業年金連合会で把握している場合は記入すること。

※2 事業主が社会保険庁に対し誤った内容の届出書を提出してしまったと認めている場合は「いる」、認めていない場合は「いない」、わからない・事業所が無くなっているなどの理由で事業主に照会ができなかった場合は「不明」に〇印を付すこと。

※3 届出が行われた当時の届出様式(用紙)が複写式であった場合は「複」、単票式であった場合は「単」、複写式であったか単票式であったか不明な場合は「不」に〇印を付すこと。

※4 証拠書類については、個人単位で項番ごとに整理して添付すること。

被保険者記録再照会対象者リスト(社会保険庁の記録と厚生年金基金(企業年金連合会)の記録の不一致リスト)

平成〇〇年〇〇月〇〇日

〇〇社会保険事務所管轄分

〇基第〇〇〇〇号 〇〇〇〇厚生年金基金
又は企業年金連合会

厚生年金基金又は企業年金連合会記入欄														社会保険庁記入欄							
項番	基金照会番号	氏名	基礎年金番号	生年月日	性別	事業所整理記号(※1)	事業所名称(※1)	社会保険庁の記録					厚生年金基金の記録				不一致の理由(※2)	届出様式(※3)	社会保険庁の記録	記録補正	記録補正内容等(※4)
								被保険者記録					加入員記録								
								(年月日)	(報酬月額)	(種別)	(原因)	(その他の項目)	(年月日)	(報酬月額)	(原因)	(その他の項目)					
1	XX	キキン タロウ	XXXX-XXXXXX	5-420520	男	2106テイク	(株)D	7-091101	320	5	3					報酬相違	複 単 不	正 誤	済	決定通知書の写しにより訂正	
																	複 単 不	正 誤	済		
																	複 単 不	正 誤	済		
																	複 単 不	正 誤	済		
																	複 単 不	正 誤	済		
																	複 単 不	正 誤	済		
																	複 単 不	正 誤	済		
																	複 単 不	正 誤	済		
																	複 単 不	正 誤	済		
																	複 単 不	正 誤	済		

※1 事業所整理記号(都道府県符号、郡市区符号及び事業所記号をいう。)及び事業所名称については、厚生年金基金又は企業年金連合会で把握している場合は記入すること。

※2 当該加入員記録が、厚生年金保険法第144条の2又は第144条の3又は第165条の規定により老齢年金給付の支給に関する権利義務を承継した者に係るものである時は、本欄に資格取得時の基金番号を記入すること。

※3 届出が行われた当時の届出様式(用紙)が複写式であった場合は「複」、単票式であった場合は「単」、複写式であったか単票式であったか不明な場合は「不」に〇印を付すこと。

※4 記録補正内容については、「健保厚年被保険者記録照会回答票(資格画面)」を添付することにより、記入に代えることができる。

※5 証拠書類については、個人単位で項番ごとに整理して添付すること。

厚生年金基金の加入員原簿等の記録の整備等に係る事務処理について
 (平成21年3月9日 年企発第0309001号 厚生労働省年金局企業年金国民年金基金課長から地方厚生(支)局長あて通知)
 新旧対照表

追加項目

(別紙1別添)

被保険者記録照会対象者リスト(社会保険庁の記録と厚生年金基金(企業年金連合会)の記録の不一致リスト)

平成〇〇年〇〇月〇〇日

〇〇社会保険事務所管轄分

〇基第〇〇〇〇号 〇〇〇〇厚生年金基金
又は企業年金連合会

項番	基金照会番号	氏名	基礎年金番号	生年月日	性別	事業所整理記号(※1)	事業所名称(※1)	厚生年金基金又は企業年金連合会記入欄						社会保険庁記入欄							
								社会保険庁の記録				加入員記録		不一致の理由(※2)	添付書類の有無	社会保険庁の記録	記録補正	記録補正内容等(※3)			
								(年月日)	(報酬月額)	(種別)	(原因)	(その他の項目)	(年月日)						(報酬月額)	(原因)	(その他の項目)
1	XX	キケン ノブコ	XXXX-XXXXXX	5-520124	女	2101アイウ	A(株)	7-091001	150	6	3	7-091001	160	3	標準報酬月額相違	有	無	正	誤	済	
2	XX	キケン ノブオ	XXXX-XXXXXX	5-520202	男	2102エフミ	(有)B	7-130201	150	6	2	7-130301	150	2	資格取得年月日相違	有	無	正	誤	済	決定通知書の写しにより訂正
3	XX	キケン タダシ	XXXX-XXXXXX	5-401025	男	2105シロク	C(株)					7-100401	220	2	被保険者記録なし 東基第2000号	有	無	正	誤	済	別の基金番号にて記録が管理されていたため訂正
												7-100801	300	3		有	無	正	誤	済	
												7-101201	300	4		有	無	正	誤	済	
4	XX	キケン タロウ	XXXX-XXXXXX	5-420520	男	2106テイク	(株)D	7-091101	320	5	3	7-091101	300	3	報酬相違	有	無	正	誤	済	
5	XX	キケン ヨシオ	XXXX-XXXXXX	5-101012	男		E(有)				5-101012			5-091012	生年月日相違	有	無	正	誤	済	紙台帳(5-091012)
																有	無	有	無	済	
																有	無	正	誤	済	
																有	無	正	誤	済	

※1 事業所整理記号(都道府県符号、市区町村符号及び事業所記号をいう。)及び事業所名称については、厚生年金基金又は企業年金連合会で把握している場合は記入すること。

※2 当該加入員記録が、厚生年金保険法第144条の2又は第144条の3又は第165条の規定により老齢年金給付の支給に関する権利義務を承継した者に係るものである時は、本欄に資格取得時の基金番号を記入すること。

※3 記録補正内容については、「健保厚生被保険者記録照会回答票(資格画面)」を添付することにより、記入に代えることができる。また、社会保険庁の記録が正しいが、届出書等が存在しない場合は空欄とすることも可。

(別紙1別添)

被保険者記録照会対象者リスト(社会保険庁の記録と厚生年金基金(企業年金連合会)の記録の不一致リスト)

平成〇〇年〇〇月〇〇日

〇〇社会保険事務所管轄分

〇基第〇〇〇〇号 〇〇〇〇厚生年金基金
又は企業年金連合会

項番	基金照会番号	氏名	基礎年金番号	生年月日	性別	厚生年金基金又は企業年金連合会記入欄						社会保険庁記入欄							
						社会保険庁の記録				加入員記録		不一致の理由(※1)	添付書類の有無	社会保険庁の記録	記録補正	記録補正内容等(※2)			
						(年月日)	(報酬月額)	(種別)	(原因)	(その他の項目)	(年月日)						(報酬月額)	(原因)	(その他の項目)
1	XX	キケン ノブコ	XXXX-XXXXXX	5-520124	女	7-091001	150	6	3	7-091001	160	3	標準報酬月額相違	有	無	正	誤	済	
2	XX	キケン ノブオ	XXXX-XXXXXX	5-520202	男	7-130201	150	6	2	7-130301	150	2	資格取得年月日相違	有	無	正	誤	済	決定通知書の写しにより訂正
3	XX	キケン タダシ	XXXX-XXXXXX	5-401025	男					7-100401	220	2	被保険者記録なし 東基第2000号	有	無	正	誤	済	別の基金番号にて記録が管理されていたため訂正
										7-100801	300	3		有	無	正	誤	済	
										7-101201	300	4		有	無	正	誤	済	
4	XX	キケン タロウ	XXXX-XXXXXX	5-420520	男	7-091101	320	5	3	7-091101	300	3	報酬相違	有	無	正	誤	済	
5	XX	キケン ヨシオ	XXXX-XXXXXX	5-101012	男				5-101012			5-091012	生年月日相違	有	無	正	誤	済	紙台帳(5-091012)
														有	無	有	無	済	
														有	無	正	誤	済	
														有	無	正	誤	済	

※1 当該加入員記録が、厚生年金保険法第144条の2又は第144条の3又は第165条の規定により老齢年金給付の支給に関する権利義務を承継した者に係るものである時は、本欄に資格取得時の基金番号を記入すること。

※2 記録補正内容については、「健保厚生被保険者記録照会回答票(資格画面)」を添付することにより、記入に代えることができる。また、社会保険庁の記録が正しいが、届出書等が存在しない場合は空欄とすることも可。

追加項目

(別紙3別添)

本人による記録確認依頼リスト

平成〇〇年〇〇月〇〇日

〇〇社会保険事務所管轄分

〇基第〇〇〇〇号 〇〇〇〇厚生年金基金
又は企業年金連合会

項番	基金照会番号	氏名	基礎年金番号	生年月日	性別	事業所整理記号(※1)	事業所名称(※1)	社会保険庁の記録				厚生年金基金の記録			不一致の理由	事業主が社会保険庁への届出誤りを認めているか否か(※2)	届出様式(※3)
								被保険者記録				加入員記録					
								(年月日)	(報酬月額)	(種別)	(原因)	(年月日)	(報酬月額)	(原因)			
1	XX	キキン ノブコ	XXXX-XXXXXX	5-520124	女	2101アイウ	A(株)	7-091001	150	6	3	7-091001	160	3	標準報酬月額相違	いる <input checked="" type="radio"/> いない <input type="radio"/> 不明 <input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> 単 <input type="radio"/> 不
																いる <input type="radio"/> いない <input type="radio"/> 不明 <input type="radio"/>	<input type="radio"/> 単 <input type="radio"/> 不
																いる <input type="radio"/> いない <input type="radio"/> 不明 <input type="radio"/>	<input type="radio"/> 単 <input type="radio"/> 不
																いる <input type="radio"/> いない <input type="radio"/> 不明 <input type="radio"/>	<input type="radio"/> 単 <input type="radio"/> 不
																いる <input type="radio"/> いない <input type="radio"/> 不明 <input type="radio"/>	<input type="radio"/> 単 <input type="radio"/> 不
																いる <input type="radio"/> いない <input type="radio"/> 不明 <input type="radio"/>	<input type="radio"/> 単 <input type="radio"/> 不
																いる <input type="radio"/> いない <input type="radio"/> 不明 <input type="radio"/>	<input type="radio"/> 単 <input type="radio"/> 不
																いる <input type="radio"/> いない <input type="radio"/> 不明 <input type="radio"/>	<input type="radio"/> 単 <input type="radio"/> 不
																いる <input type="radio"/> いない <input type="radio"/> 不明 <input type="radio"/>	<input type="radio"/> 単 <input type="radio"/> 不

※1 事業所整理記号(都道府県符号、郡市区符号及び事業所記号をいう。)及び事業所名称については、厚生年金基金又は企業年金連合会で把握している場合は記入すること。
 ※2 事業主が社会保険庁に対し誤った内容の届出書を提出してしまったと認めている場合は「いる」、認めていない場合は「いない」、わからない・事業所が無くなっているなどの理由で事業主に照会ができなかった場合は「不明」に〇印を付すこと。
 ※3 届出が行われた当時の届出様式(用紙)が複写式であった場合は「複」、単票式であった場合は「単」、複写式であったか単票式であったか不明な場合は「不」に〇印を付すこと。
 ※4 証拠書類については、個人単位で項番ごとに整理して添付すること。

新

(別紙3別添)

本人による記録確認依頼リスト

平成〇〇年〇〇月〇〇日

〇〇社会保険事務所管轄分

〇基第〇〇〇〇号 〇〇〇〇厚生年金基金

項番	基金照会番号	氏名	基礎年金番号	生年月日	性別	社会保険庁の記録				厚生年金基金の記録			不一致の理由	事業主が社会保険庁への届出誤りを認めているか否か(※1)	届出様式(※2)	
						被保険者記録				加入員記録						
						(年月日)	(報酬月額)	(種別)	(原因)	(年月日)	(報酬月額)	(原因)				
1	XX	キキン ノブコ	XXXX-XXXXXX	5-520124	女	7-091001	150	6	3	7-091001	160	3	標準報酬月額相違	いる <input checked="" type="radio"/> いない <input type="radio"/> 不明 <input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> 単 <input type="radio"/> 不	
															いる <input type="radio"/> いない <input type="radio"/> 不明 <input type="radio"/>	<input type="radio"/> 単 <input type="radio"/> 不
															いる <input type="radio"/> いない <input type="radio"/> 不明 <input type="radio"/>	<input type="radio"/> 単 <input type="radio"/> 不
															いる <input type="radio"/> いない <input type="radio"/> 不明 <input type="radio"/>	<input type="radio"/> 単 <input type="radio"/> 不
															いる <input type="radio"/> いない <input type="radio"/> 不明 <input type="radio"/>	<input type="radio"/> 単 <input type="radio"/> 不
															いる <input type="radio"/> いない <input type="radio"/> 不明 <input type="radio"/>	<input type="radio"/> 単 <input type="radio"/> 不
															いる <input type="radio"/> いない <input type="radio"/> 不明 <input type="radio"/>	<input type="radio"/> 単 <input type="radio"/> 不
															いる <input type="radio"/> いない <input type="radio"/> 不明 <input type="radio"/>	<input type="radio"/> 単 <input type="radio"/> 不
															いる <input type="radio"/> いない <input type="radio"/> 不明 <input type="radio"/>	<input type="radio"/> 単 <input type="radio"/> 不

※1 事業主が社会保険庁に対し誤った内容の届出書を提出してしまったと認めている場合は「いる」、認めていない場合は「いない」、わからない・事業所が無くなっているなどの理由で事業主に照会ができなかった場合は「不明」に〇印を付すこと。
 ※2 届出が行われた当時の届出様式(用紙)が複写式であった場合は「複」、単票式であった場合は「単」、複写式であったか単票式であったか不明な場合は「不」に〇印を付すこと。
 ※3 証拠書類については、個人単位で項番ごとに整理して添付すること。

旧

追加項目

(別紙4別添)

被保険者記録再照会対象者リスト(社会保険庁の記録と厚生年金基金(企業年金連合会)の記録の不一致リスト)

平成〇〇年〇〇月〇〇日

〇基第〇〇〇〇号 〇〇〇〇厚生年金基金
又は企業年金連合会

〇〇社会保険事務所管轄分

項番	基金照会番号	氏名	基礎年金番号	生年月日	性別	事業所整理記号(※1)	事業所名称(※1)	社会保険庁の記録				厚生年金基金の記録				不一致の理由(※2)	届出様式(※2)	社会保険庁の記録	記録補正	記録補正内容等(※4)
								被保険者記録				加入員記録								
								(年月日)	(報酬月額)	(種別)	(原因)	(年月日)	(報酬月額)	(原因)	(その他の項目)					
1	XX	キケン タロウ	XXXX-XXXXXX	5-420520	男	2108テイク	(株)D	7-091101	320	5	3		7-091101	300	3		報酬相違	複 単 不 正 誤 済	決定通知書の写しにより訂正	
																		複 単 不 正 誤 済		
																			複 単 不 正 誤 済	
																			複 単 不 正 誤 済	
																			複 単 不 正 誤 済	
																			複 単 不 正 誤 済	
																			複 単 不 正 誤 済	
																			複 単 不 正 誤 済	
																			複 単 不 正 誤 済	
																			複 単 不 正 誤 済	
																			複 単 不 正 誤 済	

※1 事業所整理記号(都道府県符号、都市区符号及び事業所記号をいう。)及び事業所名称については、厚生年金基金又は企業年金連合会で把握している場合は記入すること。
 ※2 当該加入員記録が、厚生年金保険法第144条の2又は第144条の3又は第165条の規定により老齢年金給付の支給に関する権利義務を承継した者に係るものである時は、本欄に資格取得時の基金番号を記入すること。
 ※3 届出が行われた当時の届出様式(用紙)が複写式であった場合は「複」、単票式であった場合は「単」、複写式であったか単票式であったか不明な場合は「不」に〇印を付すこと。
 ※4 記録補正内容については、「健保厚年被保険者記録照会回答票(資格画面)」を添付することにより、記入に代えることができる。
 ※5 証拠書類については、個人単位で項番ごとに整理して添付すること。

新

(別紙4別添)

被保険者記録再照会対象者リスト(社会保険庁の記録と厚生年金基金(企業年金連合会)の記録の不一致リスト)

平成〇〇年〇〇月〇〇日

〇基第〇〇〇〇号 〇〇〇〇厚生年金基金
又は企業年金連合会

〇〇社会保険事務所管轄分

項番	基金照会番号	氏名	基礎年金番号	生年月日	性別	社会保険庁の記録				厚生年金基金の記録				不一致の理由(※2)	届出様式(※2)	社会保険庁の記録	記録補正	記録補正内容等(※3)		
						被保険者記録				加入員記録										
						(年月日)	(報酬月額)	(種別)	(原因)	(年月日)	(報酬月額)	(原因)	(その他の項目)							
1	XX	キケン タロウ	XXXX-XXXXXX	5-420520	男	7-091101	320	5	3	7-091101	300	3		報酬相違	複 単 不 正 誤 済	決定通知書の写しにより訂正				
																		複 単 不 正 誤 済		
																			複 単 不 正 誤 済	
																			複 単 不 正 誤 済	
																			複 単 不 正 誤 済	
																			複 単 不 正 誤 済	
																			複 単 不 正 誤 済	
																			複 単 不 正 誤 済	
																			複 単 不 正 誤 済	
																			複 単 不 正 誤 済	
																			複 単 不 正 誤 済	
																			複 単 不 正 誤 済	
																			複 単 不 正 誤 済	

※1 当該加入員記録が、厚生年金保険法第144条の2又は第144条の3又は第165条の規定により老齢年金給付の支給に関する権利義務を承継した者に係るものである時は、本欄に資格取得時の基金番号を記入すること。
 ※2 届出が行われた当時の届出様式(用紙)が複写式であった場合は「複」、単票式であった場合は「単」、複写式であったか単票式であったか不明な場合は「不」に〇印を付すこと。
 ※3 記録補正内容については、「健保厚年被保険者記録照会回答票(資格画面)」を添付することにより、記入に代えることができる。
 ※4 証拠書類については、個人単位で項番ごとに整理して添付すること。

旧