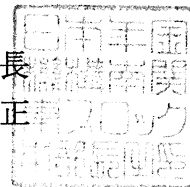


年 関 発 第 1 号
平成27年6月24日

東京社会保険労務士会
会 長 前田 昭博 様

日本年金機構
南関東ブロック本部長
町田 好正



届書等の事務センターへの直接郵送の促進について

日頃より公的年金制度の事業運営にご理解、ご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、届書等の事務センターへの直接郵送の促進につきましては、平成26年5月2日付年関発第3号にて、東京、神奈川及び山梨の各都県所在の事業所にかかる届書の、事務センターへの直接郵送は当分の間、管轄年金事務所に届出をお願いしてきたところではありますが、平成27年10月から、南関東ブロック本部管内の東京、神奈川及び山梨の各事務センターにおきましては、直接郵送に伴う事務処理体制等が整うこととなりました。

つきましては、届書等の事務センターへの直接郵送の促進についてご理解をいただき、貴会会員の皆様のご協力をいただきますようお願い申し上げます。



届書等の事務センターへの直接郵送の促進についての取扱い

平成 27 年 7 月 16 日

先日、お話しさせていただきました「届書等の事務センターへの直接郵送の促進について」の取扱いをお知らせさせていただきます。

1. 直接郵送対象届書

- ・健康保険・厚生年金保険適用関係届書

※下記の届書は、引き続き管轄年金事務所へご提出ください。

- ・二以上事業所勤務者にかかる各種届書
(届書備考欄に「二以上」と記入ください。)
- ・資格取得・資格喪失等確認請求書
- ・健康保険被保険者資格証明書交付申請書
- ・算定基礎届・算定基礎届総括表
- ・一括適用承認申請書
- ・適用事業所所在地・名称変更(訂正)届(管轄外)
- ・高齢任意被保険者、日雇特例被保険者にかかる各種届書
- ・船員保険にかかる各種届書

2. 事務センターへの直接郵送分受付開始時期

(1) 社会保険労務士様から郵送いただく場合

平成 27 年 10 月 1 日より受付開始

(2) 事業主様から郵送いただく場合

年金事務所で行っている審査業務を順次移行します。

そのため、年金事務所により受付開始時期が異なります。

①平成 27 年 10 月 1 日より受付開始

新宿年金事務所、墨田年金事務所、江東年金事務所、世田谷年金事務所
北年金事務所、板橋年金事務所、練馬年金事務所

※21 事務所の移行時期については順次お知らせいたします。

決定通知書等の別送「登録・解除・変更」申請書について

平成 27 年 7 月 16 日

届書処理後の決定通知書等については、通常事業主様へ送付することとなりますが、特別な事情がある場合等で決定通知書等の送付先の変更（別送）を希望される場合は、管轄年金事務所へ「決定通知書等の別送「登録・解除・変更」申請書」を提出してください。

①登録

新規に別送先を登録する場合は、太枠内と【①登録】の別送先、別送理由を記入してください。

なお、別送を希望している事業所の移転に伴い、管轄年金事務所が変更となった場合は、管轄変更先の年金事務所へ「決定通知書等の別送「登録・解除・変更」申請書」を提出してください。

②解除

既に登録している別送先を解除する場合は、太枠内のみ記入してください。

③変更

既に登録している別送先を変更する場合は、太枠内と【③変更】の変更の理由、変更前変更後の内容をご記入してください。

上記取扱いは、東京都の取扱いとなりますので、ご了承ください。

決定通知書等の別送『登録・解除・変更』申請書

年金事務所及び日本年金機構東京事務センターから送付される、当事業所の決定通知書等について、届出済みの当事業所の所在地とは別の次のところに別送（登録）・解除することを下記のとおり申請いたします。

※太枠は必ずご記入ください。

決定通知書等の別送先の [①登録 ・ ②解除 ・ ③変更] を申請します。				
※ [別送・解除・変更] の該当する箇所に○を記載してください。				
事業所の	記号	—	番号	

※②解除 の場合は太枠のみご記入ください。

【①登録 の場合はこちらにご記入ください。】

別送先の	郵便番号 所在地	〒 —
	部署名 (あて先)	
別送の理由 ※○を記載	1. 人事・総務等の担当部署が別に所在するため 2. 委託している社会保険労務士あてに送付するため 3. その他 ()	

【③変更 の場合はこちらにご記入ください。】

変更の理由 ※○を記入	1. 別送先の変更 2. 別送先の所在地変更 (変更前)	3. 別送先の名称等の変更 4. その他 () (変更後)
所在地	〒 —	〒 —
名称等		

※変更内容に合わせて変更前後にご記入ください。

_____ 年金事務所長 殿	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
事業所所在地 _____	
事業所名称 _____	
事業主名 _____ 印	
連絡先 TEL _____	ご担当者名 _____

※協会けんぽが発行する被保険者証は、引き続き事業所の所在地に送付することとなります。
 ※原則、当申請書の受付以降にお預かりした届書より送付先が変更されます。