

1. 申出者が希望する払込情報

基礎年金番号										フリガナ		
1	2	3	4	-	5	6	7	8	9	0	ネ	キン
申出者名												
年金 一郎												

申出者が希望する掛金納付方法：下記(1)～(4)のいずれかに☑

(1) iDeCo(個人型確定拠出年金)へ新規加入すると同時に、事業主払込を希望する

(2) 個人払込により掛金を納付しているが、事業主払込へ変更する

(3) 事業主払込により掛金を納付しているが、勤務先の変更(転職等)に伴い、掛金を納付する事業主を変更する

(4) 事業主払込により掛金を納付しているが、個人払込へ変更する(勤務先の変更なし)

毎月の加入者掛金額

千	円
2	0000

※ 掛金の納付方法について、共済組合員の方は毎月定額納付に限られており、納付月と金額を指定して納付する(月別掛金額を登録する)ことはできません。

出者記入欄

2. 事業主の確認事項、証明

申出者が希望する掛金納付方法について確認の上、以下のとおり回答します。

事業主記入欄

掛金の納付方法に関する確認：(1)～(3)のいずれかに☑

(1) 申出者は「事業主払込」を希望しているが「個人払込」とする：
 (1)の場合、最もあてはまる理由を次の①②いずれかに☑
 (②の場合はその理由もあわせて記入してください)
 ① 「事業主払込」を行う体制が整っていないため
 ② その他

(2) 申出者が希望しているため、「個人払込」とする

(3) 申出者が希望しているため、「事業主払込」とする：
 ⇒ (3)を選択された場合、下記「掛金の納付方法の確認」欄に必要事項を記入してください。

事業主の署名等(申出者を使用する厚生年金適用事業所)	
証明日	令和 6年 12月 1日
郵便番号・所在地	123-4567 東京都〇〇区△△1-23-456 □□ビル 〇〇省 〇〇局
事業所名称・フリガナ	〇〇ショウ 〇〇キョク 〇〇省 〇〇局
事業主名称(代表者肩書・氏名)	〇〇 〇〇
ご担当者様のお名前・ご連絡先	年金 三郎 12-3456-7890

事業主払込方法/登録事業所番号の確認：
 ①～③のいずれかに☑のうえ、指示に従って記入

※ 登録事業所番号は、いずれかの欄に必ず記入してください

① 振込を選択する
 ①を選択した場合、振込用の登録事業所番号を記入

振込用	登録事業所番号

② 口座振替を選択する(直近12ヵ月以内に引落実績がある)
 ②③を選択した場合、口座振替用の登録事業所番号を記入

口座振替用	登録事業所番号						
1	2	3	4	5	6	7	8

③ 口座振替を選択する(直近12ヵ月以内に引落実績がない、または不明である)
 ③ 直近12ヵ月以内に引落実績がない場合は、「預金口座振替依頼書(K-007)」をあわせてご提出ください

<注意事項>

- この証明書は、個人型年金の掛金の納付方法に関し、申出者が「事業主払込」を希望する場合、あるいは「事業主払込」から掛金納付方法変更を希望する場合に提出が必要です。(申出者が「事業主払込」を希望したものの、事業主の事情により「個人払込」となった場合でも提出は必要です。)
- お勤め先への照会等により、事業主の記入欄を無断で作成・改変したと認められた場合、本登録(変更)手続きが取り消されることがあります。
- 太枠内のすべての項目について、ボールペンではっきり、分かり易く記入してください。(選択肢は、該当する番号の□にレ点を記入してください。)
- 訂正は、訂正部分を二重線で抹消し、修正部分の周囲余白に訂正事項をご記入ください。(申出者の情報欄：申出者が訂正 / 事業主の情報欄：事業主が訂正)
- 記入内容に不備があった場合は手続きが遅延することがあります。

1. 申出者が希望する払込情報

- 基礎年金番号**
 ・年金手帳または基礎年金番号通知書を参照の上、基礎年金番号を記入してください。
 ・基礎年金番号が不明な場合は、日本年金機構にご確認ください。
- 申出者が希望する掛金納付方法**
 該当するいずれかの□にレ点を記入してください。
- 毎月の加入者掛金額**
 ・拠出限度額は企業年金制度等の加入状況、企業型確定拠出年金の事業主掛金額および確定給付企業年金等の他制度掛金相当額によって異なります。

- 拠出限度額：20,000円
- 50：国家公務員共済組合員(長期)
 - 51：地方公務員共済組合員(長期)
 - 52：私立学校教職員共済制度(長期)
 - 53：企業型確定拠出年金および私立学校教職員共済制度(長期)

各月の企業型確定拠出年金の事業主掛金額 および 確定給付企業年金等の他制度掛金相当額	個人型年金の拠出限度額
35,000円未満	20,000円
35,000円以上	月額55,000円-(各月の企業型確定拠出年金の事業主掛金額+他制度掛金相当額) 例) 55,000円-50,000円=5,000円

※上記の「個人型年金の拠出限度額」が5,000円未満の場合は、個人型年金に加入できません。

1. 申出者が希望する払込情報

申出者記入欄

基礎年金番号										フリガナ		
1	2	3	4	-	5	6	7	8	9	0	ネ	キン
申出者名												
年金 一郎												
申出者が希望する掛金納付方法：下記(1)～(4)のいずれかに☑												
<input checked="" type="checkbox"/> (1) iDeCo(個人型確定拠出年金)へ新規加入すると同時に、事業主払込を希望する <input type="checkbox"/> (2) 個人払込により掛金を納付しているが、事業主払込へ変更する <input type="checkbox"/> (3) 事業主払込により掛金を納付しているが、勤務先の変更(転職等)に伴い、掛金を納付する事業主を変更する <input type="checkbox"/> (4) 事業主払込により掛金を納付しているが、個人払込へ変更する(勤務先の変更なし)												
毎月の加入者掛金額												
千円 20000												

※ 掛金の納付方法について、共済組合員の方は毎月定額納付に限られており、納付月と金額を指定して納付する(月別掛金額を登録する)ことはできません。

2. 事業主の確認事項、証明

申出者が希望する掛金納付方法について確認の上、以下のとおり回答します。

事業主記入欄

4 掛金の納付方法に関する確認：(1)～(3)のいずれかに☑

(1) 申出者は「事業主払込」を希望しているが「個人払込」とする：
 (1)の場合、最もあてはまる理由を次の①②いずれかに☑
 (②の場合はその理由もあわせて記入してください)
 ① 「事業主払込」を行う体制が整っていないため
 ② その他

(2) 申出者が希望しているため、「個人払込」とする

(3) 申出者が希望しているため、「事業主払込」とする：
 ⇒ (3)を選択された場合、下記「掛金の納付方法の確認」欄に必要事項を記入してください。

6 事業主の署名等(申出者を使用する厚生年金適用事業所)

証明日 令和 6年 12月 1日 ※3ヵ月以内有効

郵便番号・所在地 123-4567
 東京都〇〇区△△1-23-456 □□ビル 〇〇省 〇〇局

事業所名称・フリガナ 〇〇ショウ 〇〇キョク
 〇〇省 〇〇局

事業主名称(代表者肩書・氏名) 〇〇 〇〇

ご担当者様のお名前・ご連絡先 年金 三郎 12-3456-7890

5 事業主払込方法/登録事業所番号の確認：
 ①～③のいずれかに☑のうえ、指示に従って記入

※ 登録事業所番号は、いずれかの欄に必ず記入してください

① 振込を選択する ①を選択した場合、振込用の登録事業所番号を記入

② 口座振替を選択する(直近12ヵ月以内に引落実績がある) ②③を選択した場合、口座振替用の登録事業所番号を記入

③ 口座振替を選択する(直近12ヵ月以内に引落実績がない、または不明である)

③ 直近12ヵ月以内に引落実績がない場合は、「預金口座振替依頼書(K-007)」をあわせてご提出ください

2. 事業主の確認事項、証明

4 掛金の納付方法に関する確認

- ・該当する番号の□にレ点を記入してください。
- ・(1)に該当する場合は、「事業主払込」が困難な理由を、①または②で選択(記入)し、□にレ点を記入してください。

5 事業主払込方法/登録事業所番号の確認

- ・該当する番号の□にレ点を記入してください。
- ・①に該当する場合は、「振込用登録事業所番号」を記入してください。
- ・②③に該当する場合は、「口座振替用登録事業所番号」を記入してください。
- ※③に該当し、直近12ヵ月以内に引落実績がない場合は、「預金口座振替依頼書(K-007B号)」をあわせてご提出ください。直近の引落実績や掛金引落口座情報が不明の場合は、「登録事業所掛金引落機関情報変更届(K-020号)」も必要となります。

【事業主様へ：登録事業所番号のご確認方法について】

登録事業所番号が不明の場合は、下記の方法でご確認ください。

- ・登録された際に「事業所登録通知書」が事業所様宛に送付されておりますので、当該通知書で登録事業所番号をご確認いただけます。
- ・引落対象の加入者がいる場合、毎月「掛金納付結果通知書 兼 引落事前通知書」が事業所様宛に送付されているため、当該通知書で登録事業所番号をご確認いただけます。
- ・登録事業所番号がご不明の場合は、国民年金基金連合会コールセンター宛(0570-003-105または03-6627-9059 受付時間：平日9:00～17:00 土・日・祝日・年末年始はご利用いただけません)にお問い合わせください。

6 事業主の署名等(申出者を使用する厚生年金適用事業所)

- ◇郵便番号・所在地
事業所の郵便番号、住所を記入してください。
- ◇事業所名称・フリガナ
事業所の名称とフリガナを記入してください。
- ◇事業主名称(代表者肩書・氏名)
事業主の氏名を記入してください。
- ◇ご担当者様のお名前・ご連絡先
本証明をしていただいたご担当者名、ご連絡先を記入してください。