iDeCo+ プラス

中小事業主の資格に関する現況について

＿＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日　現在の当事業所の標記状況は以下の通りであることを証明します。

1.「企業型年金」、「確定給付企業年金」及び「存続厚生年金基金」の実施状況　　あり　・　なし　※あり・なしのいずれかを選択。

※イデコプラスのことではありません。上記の各制度を新たに導入した場合の回答は「あり」に〇となります。

2. 当該厚生年金適用事業所に使用される第一号厚生年金被保険者の数　＿＿＿＿＿＿＿＿人

※イデコプラスの対象者でない方も含め、イデコプラス実施事業所のすべての厚生年金被保険者数を記載ください。

3. 当該事業主が複数の厚生年金適用事業所で第一号厚生年金被保険者を使用する場合にあっては、その全体の第一号厚生年金被保険者の総数　＿＿＿＿＿＿＿＿人

※複数の厚生年金適用事業所がない場合は「空欄」となります（0人と記載すると記載不備となります）。

＿＿＿＿＿＿＿厚生（支）局長
国民年金基金連合会理事長　殿

登録事業所番号　□□□□□□□□

厚生年金適用事業所名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※日本年金機構にお届けの事業所名を記載ください。
※事業所名と事業主名は異なります。それぞれ記載ください。

所在地　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

事業主名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※法人の場合は、法人名+代表格+お名前で記載ください。

住所　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※法人の場合は法人の所在地、個人事業主の場合は個人住所となります。

◆所在地や社名変更された場合は、変更後の所在地や社名で記載ください。K-019登録事業所名称・所在地等変更届を直ちにご提出ください。

様式第 K-327号（2024.12）