

全ての書類について2部ずつご提出が必要です

ご記入前に必ずお読みください。

- この届書は、事業所がiDeCo+を終了する際に届け出る書類です。
- 太枠内のすべての項目について、ボールペンではっきり、分かりやすくご記入ください。（選択肢は、○印をご記入ください。）
- 訂正は、訂正部分を二重線で抹消してください。また、訂正部分の周囲余白に訂正事項をご記入ください。
- 申出を受けて、iDeCo+の納付終了について厚生労働省および国民年金基金連合会での審査が行われます。ご希望の拠出終了年月（最終引落月）の前月20日までに必着でご提出ください。
- 終了届に関する審査結果は、ご希望の拠出終了年月（最終引落月）の翌月中旬に、通知書の発送をもってお知らせします。

国民年金基金連合会 厚生労働省

届出番号: 0702

A 登録事業所番号

B 事業所名称

C 所在地

D 代表者氏名

E 終了年月

F 理由

①欄について

- 国民年金基金連合会に事業所登録を申請した際に発行された事業主払込用の登録事業所番号をご記入ください。
- 過去に発行された個人払込の登録事業所番号を記入した場合、不備となります。

②、③欄について

- 国民年金基金連合会に届け出ている事業所の名称、所在地および連絡先電話番号をご記入ください。
- 国民年金基金連合会へのご登録および各様式に記入いただく「事業所名称」、「所在地」は、日本年金機構に登録されている厚生年金適用事業所名称、所在地と同じである必要があります。
 - ※ 日本年金機構に登録されている情報と異なる場合は、iDeCo公式サイトをご確認の上、「登録事業所名称・所在地変更届（K-019）」をご提出ください。
 - この場合、各様式には日本年金機構に登録されている事業所名称、所在地をご記入のうえ、③欄の下部余白に「別途、K-019を提出済み」とご記入ください。
 - ※ 日本年金機構に登録された事業所所在地を変更される場合は、日本年金機構へ変更のお手続きをお願いいたします。

④欄について

- 押印不要の代わりに、ご担当者を明示していただく必要があります。必ずご記入ください。

⑤～⑩欄について

- iDeCo+を終了する場合、厚生年金保険の被保険者の過半数を代表する者（※1）に提案し、協議（※2）を行います。
 - ※1 厚生年金保険の被保険者の過半数で組織する労働組合がある場合はその労働組合になります。
 - ※2 これを「労使協議」といいます。
- 過半数を代表する者（過半数代表者）の要件は、下記のi、iiのいずれにも該当する者でなければなりません。
 - i. 管理・監督の地位にある者でないこと。
 - ii. 労使協定の締結等をする者を選出することを明らかにして実施される投票、挙手等の方法による手続きにより選出された者で、事業主の意向に基づき選出された者でないこと。
- iDeCo+の終了については、労使協議の後、厚生年金保険の被保険者の過半数を代表する者または労働組合の代表者の同意を得て、当該代表者に①欄または②欄のいずれか一方にのみ、同意署名をしていただく必要があります。
 - ※ 両欄に署名がある場合は、不備となります。
 - ・ 厚生年金保険の被保険者の過半数を代表する者による同意の場合＝①欄
 - ・ 労働組合を代表する者による同意の場合＝②欄
- 代表者の自署欄については、2部ともに自署が必要です。（コピー不可。）
- 労使合意の後、拠出対象者にiDeCo+の終了を通知します。

⑥欄について

- iDeCo+を終了する理由について、該当するいずれか1つの数字のみ選択し、○印をご記入ください。
- 「6.その他」の場合は具体的な終了理由をご記入ください。

⑤欄について

- iDeCo+の掛金の拠出を終了したい年月（最終引落月）をご記入ください。
- 記入された年月の翌月26日から事業主掛金の引落が停止されます。
- なお、対象者ご本人の加入者掛金の引落しは継続されますので、ご注意ください。
- iDeCo+を終了することにより、対象者ご本人のひと月あたりの掛金額が5,000円未満となる場合は、掛金の引落しが一時停止となります。別途、対象者ご本人より「加入者登録情報変更届（第2号被保険者用）（K-032）」をご提出ください。

同意書

代表者氏名

同意日 令和 年 月 日

代表者印

労働組合の代表者印

届書コード

07021



中小事業主掛金納付終了届

厚生労働省用

登録事業所番号	フリガナ	カブシキガイシャ ネンキンシヨクヒン
08001234	事業所名称	株式会社 年金食品
所在地	フリガナ	トウキョウト ●●ク □△ 1-2-3
	〒	111 - 1111 連絡先電話番号 (03 - 1234 - 5678)
	東京 都道府県	郡 ●● 市区町村 □△ 1-2-3
	手続きご担当者名	確定 花子
	所属部署	総務課

終了年月	9: 令和	0701	終了年月の前月20日までに必着となるように提出ください。 (終了月の翌月の引落から停止となります。)
終了理由	以下のいずれかを選択して「○」を記入ください。 その他理由の場合は括弧内に記載ください。		
	<input type="radio"/> 1. 確定給付企業年金(DB)を導入するため。		
	<input checked="" type="radio"/> 2. 企業型確定拠出年金(企業型DC)を導入するため。		
	<input type="radio"/> 3. 事業所に使用される第一号厚生年金被保険者が300人超過のため。 または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、 その全体の第一号厚生年金被保険者の総数が300人超過のため。		
	<input type="radio"/> 4. 経営悪化、経費削減のため。		
	<input type="radio"/> 5. 廃業・事業停止のため。		
	<input type="radio"/> 6. その他 ()		

同意書

事業主名	株式会社 年金食品 代表取締役 年金 一郎 殿
同意日	令和 6年 12月 10日

確定拠出年金法の規定に基づく中小事業主掛金を拠出しないことに同意します。

同意者は下記の①②のいずれかに自署ください。(コピー提出不可)

①	第一号厚生年金被保険者の過半数を代表する者の氏名	自署 国年太郎
②	労働組合の名称	
	労働組合を代表する者の氏名	自署

厚生労働省				
連合会	9: 令和	年	月	日