

[提出先]

福岡市職員共済組合へ加入されている方はすべて「総務企画局福利厚生課」へ
ただし、福岡市立病院機構のプロパー職員は「福岡市立病院機構運営本部法人運営課」へ提出してください。

国民年金基金連合会

第2号加入者に係る事業主の証明書(共済組合員用)

事務処理
センター用

●記入にあたっての留意点

1. この書類は、個人型年金の加入者資格を証明するための重要な書類です。
2. 項目1は申出者が、項目2以降は事業主が記入(該当する口にはレ点)してください。なお、訂正は、訂正部分を二重線で抹消し、訂正者に応じた訂正印を押してください。
3. 太枠内のすべての項目について記入してください(選択肢は、□の場合はレ点を記入してください)。

基礎年金番号が不明の方は
空欄で提出してください。

1. 申出者の情報

基礎年金番号	証明を受ける申出者氏名	希望する掛金納付方法と掛金額
1 4 8 3 - 7 2 9 6 5 1	年金 一郎 (印)	<input type="checkbox"/> 事業主払込 <input checked="" type="checkbox"/> 個人払込
		千円 0 毎月の掛金額 1 0 0 0 0

個人払込に✓してください。
(※事業主払込には対応していません)

2. 申出者の他の企業年金等の加入状況

他の企業年金等の加入状況
以下の該当する番号を記入してください。 50: 国家公務員共済組合(長期) 51: 地方公務員共済組合(長期) 52: 私立学校教職員共済制度(長期)

項番2~6は福利厚生課で記載します。
何も記入しないでください。

3. 事業主の署名および押印等

カナ名称	
郵便番号	TEL
申出者について、以下の5. ~6. のとおり証明します。	
証明日 平成 年 月 日	
住所	
事業所名称	
事業主名称	(印)

4. 国民年金基金連合会に登録する(している)名称・住所等

カナ名称	
郵便番号	TEL
(項目3. と同一の場合、記入不要)	
市区町村コード	企業名称区分

5. 連合会への「事業所登録」の有無等(複数回答可)

<input type="checkbox"/> 「事業主払込」で登録済	口座振替用登録事業所番号	
	振込用登録事業所番号	
<input type="checkbox"/> 「個人払込」で登録済	登録事業所番号	

6. 申出者の掛金納付方法((3)に該当する場合、「事業主払込」が困難な理由を、①または②で選択(記入)してください。)

<input type="checkbox"/> (1) 申出者が希望しているため、「事業主払込」とする <input type="checkbox"/> (2) 申出者が希望しているため、「個人払込」とする <input type="checkbox"/> (3) 申出者は「事業主払込」を希望しているが、「個人払込」とする <input type="checkbox"/> (4) 申出者は「個人払込」を希望しているが、「事業主払込」とする	「事業主払込」が困難な理由 <input type="checkbox"/> ①「事業主払込」を行う体制が整っていないため <input type="checkbox"/> ②その他 ()	掛金納付方法 1: 事業主払込 2: 個人払込
---	--	-------------------------------

※個人型年金加入申出書に記入する登録事業所番号、及び登録事業所名称は証明書返送時に併せてお知らせします。

運用関連運営管理機関 記録関連運営管理機関	受付金融機関 7: 平成 年 月 日	事務処理センター
--------------------------	-----------------------	----------