

変更前の被保険者種別	届書コード
第1号被保険者・ 第3号被保険者	01211 01011
第2号被保険者	01211 04111

加入者被保険者種別変更届 (任意加入被保険者用)

事務処理
センター用

扱

この届出書は任意加入被保険者(保険料納付済み期間が480月未満かつ、日本国内に住所を有する60歳以上65歳未満の方、または保険料納付済み期間が480月未満かつ、日本国籍を有する者であって日本国内に住所を有しない20歳以上65歳未満の方)のためのものです。

第1号被保険者、第2号被保険者、第3号被保険者の方は使用できません。

身元確認書類(運転免許証、パスポート、マイナンバーカード等)のご提示をお願いします。
届出者自ら署名する場合、身元確認書類の提示は不要です。

基礎年金番号				フリガナ				生年月日				性別											
1	2	3	4	-	5	6	7	8	9	0	ネンキン イチロウ				5:昭和 7:平成	年	月	日	1:男 2:女				
届出者 氏名				年金 一郎																			
フリガナ				東京都				シカクサンカク1-2-3				連絡先電話番号 (1 2 - 3 4 5 6 - 7 8 9 0)											
住所				東京				都道府県				市町村				□△1-2-3							
変更前の被保険者種別	<input checked="" type="checkbox"/> 第1号被保険者	変更後の被保険者種別	<input type="checkbox"/> 任意加入被保険者 (60歳以上65歳未満の日本国内に住所を有する者)	変更年月日	7:平成	0	4	0	5	0	2												
	<input type="checkbox"/> 第2号被保険者		<input checked="" type="checkbox"/> 任意加入被保険者 (20歳以上65歳未満の海外居住者)		9:令和																		
	<input type="checkbox"/> 第3号被保険者																						
掛金額区分 ※どちらかに○を付けてください				①: 掛金を毎月定額で納付します				毎月の掛金額				50000				円							
				②: 納付月と金額を指定して納付します (「加入者月別掛金額登録・変更届」を添付してください)																			
給付金・年金の受給状況について ※60歳以上の方は、□にレ点を記入してください				<input type="checkbox"/> iDeCoの老齢給付金(一時金を含む)を受給したことはありません																			
				<input type="checkbox"/> 老齢基礎年金、老齢厚生年金を繰り上げ受給していません																			
従前の掛金納付方法 (第2号被保険者から任意加入被保険者になった方のみ)				①: 事業主払込(加入者掛金引落機関変更届(K-006)の添付が必要です)																			
				②: 個人払込																			
国民年金基金に係る情報 (国民年金基金に加入している方のみ)				国民年金基金加入員番号				掛金月額				千				円							
国民年金の付加保険料納付の有無 (付加保険料を納付している方のみ)				①: 付加保険料を納付している																			

ご記入の際は、必ず「記入要領」をご参照ください。

任意加入被保険者は「任意加入被保険者用別紙(K-001、K-010D添付用)」に記入事項がありますので、必ず記入し添付してください。

受付金融機関および事務処理センター使用欄

受付金融機関	1	9	7	8	0	1	2	3	7	5	(株) 確定銀行
運用関連運営管理機関											
記録関連運営管理機関											

各種届書・添付書類	受付金融機関確認	事務確認
加入者掛金引落機関変更届	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/>
加入者等氏名・住所変更届	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/>
加入者月別掛金額登録・変更届	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/>
任意加入被保険者用別紙	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/>
加入者等運営管理機関変更届	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/>

受付金融機関	9: 令和	年	月	日	事務処理センター
--------	-------	---	---	---	----------