加給年金額対象者異動届書

※加給年金額対象者に異動があった場合に提出してください。

共済組合受付印

基礎年金番号（10桁）で届出する場合は
左詰めでご記入ください。

年金証書記号番号	8	-									

個人番号または基礎年金番号											

下記のとおり届け出ます。

全国市町村職員共済組合連合会　理事長　様

平成　　年　　月　　日

フリガナ			
年金受給権者氏名			㊞
性別	男・女	生年月日	大正・昭和　　年　　月　　日
電話番号	（　　）　　－		

フリガナ		性別	生年月日	個人番号または基礎年金番号（左詰）
加給年金額対象配偶者氏名		男・女	昭和 平成　　年　　月　　日	
フリガナ		性別	生年月日	※子については、個人番号または基礎年金番号の記載は不要です
加給年金額対象者氏名		男・女	昭和 平成　　年　　月　　日	

○異動事由等について（該当する事由の番号を○でかこみ、必要事項を記入してください。）

	異動事由	該当日／必要書類等
1	加給年金額対象者が死亡した **※加給年金額対象者の死亡について、共済組合において住民基本台帳ネットワークシステムで確認が取れる場合は、この届書の提出を省略できます。**	
2	配偶者と離婚または婚姻の取消し	平成　　年　　月　　日 戸籍抄本等、改定の事実を証明する書類
3	子が年金受給権者の配偶者以外の者の養子となった	
4	養子縁組による子が離縁した	
5	子が婚姻した	
6	１８歳以上の子の障害の程度がよくなった	平成　　年　　月　　日
7	配偶者の老齢（退職）または障害を事由とする次の年金※について □ 受給権が発生し、支給を受けることとなった □ 受給権は発生したが、支給停止となった □ 支給停止となっていたが、支給を受けることとなった □ 支給を受けていたが、停止となった ○ 年金の制度名〔　　〕 ○ 年金の種類〔　　〕 ○ 年金証書番号等〔　　〕 ※ 退職共済年金または老齢厚生年金（組合員期間もしくは被保険者期間が２０年以上あるもの、または２０年未満であっても２０年とみなされるもの） ※ 障害共済年金、障害厚生年金または障害基礎年金	平成　　年　　月　　日 加給年金額対象者の公的年金証書の写し（支給状況および年金算定の基礎期間が確認できるもの）
8	年金受給権者の加給年金額が加算された老齢厚生年金または障害基礎年金について □ 受給権が発生し、支給を受けることとなった □ 受給権は発生したが、支給停止となった □ 支給停止となっていたが、支給を受けることとなった □ 支給を受けていたが、停止となった	平成　　年　　月　　日 年金受給権者の公的年金証書の写し（支給状況および年金算定の基礎期間が確認できるもの）
9	年金受給権者によって生計を維持されている状態でなくなった （加給年金額対象者が年額８５０万円以上の恒常的収入を得ることとなった等）	平成　　年　　月　　日 収入金額を証明する書類等