

⑦ あなたは、現在、公的年金制度等（表1参照）から年金を受けていますか。○で囲んでください。

① 受けている	2. 受けていない	3. 請求中	制度名（共済組合名等）	年金の種類
---------	-----------	--------	-------------	-------

受けていると答えた方は下欄に必要事項を記入してください。（年月日は支給を受けることになった年月日を記入してください）。

公的年金制度名 (表1より記号を選択)	年金の種類	年 月 日	年金証書の年金コードまたは記号番号等	②年金コードまたは共済組合コード・年金種別					
厚生年金	<ul style="list-style-type: none"> ・老齢または退職 ・障害 ・遺族 	xx . 4 . 1	1150	1					
	<ul style="list-style-type: none"> ・老齢または退職 ・障害 			2					

すでに年金を受けている場合、また、他の年金を請求手続き中の場合は必ずご記入ください。
原則として2つ以上の年金を同時に受け取ることはできません。
年金受給選択申出書を提出し、いずれか一方の年金を選択していただくことになります。

⑧ 履 歴（死亡した方の公的年金制度加入経過）
※できるだけくわしく、正確に記入してください。

(1)事業所（船舶所有者）の名称および船員であったときはその船舶名	(2)事業所（船舶所有者）の所在地または国民年金加入時の住所	(3)勤務期間または国民年金の加入期間	(4)加入していた年金制度の種類	(5)備考
最初	〇〇市〇〇X-X-X	昭XX. 4. 1 から 昭XX. 3. 31 まで	<ul style="list-style-type: none"> 1. 国民年金 2. 厚生年金保険 3. 厚生年金（船員）保険 4. 共済組合等 	
2	□□化学（株）東京支店	△△区〇〇X-X-X 昭XX. 4. 1 から 昭XX. 3. 31 まで	<ul style="list-style-type: none"> 1. 国民年金 2. 厚生年金保険 3. 厚生年金（船員）保険 4. 共済組合等 	
3	〇〇市役所	〇〇市△△X-X-X 昭XX. 4. 1 から . . まで	<ul style="list-style-type: none"> 1. 国民年金 2. 厚生年金保険 3. 厚生年金（船員）保険 4. 共済組合等 	
4		. . から . . まで	<ul style="list-style-type: none"> 1. 国民年金 2. 厚生年金保険 3. 厚生年金（船員）保険 4. 共済組合等 	
5		. . から . . まで	<ul style="list-style-type: none"> 1. 国民年金 2. 厚生年金保険 3. 厚生年金（船員）保険 4. 共済組合等 	
6			<ul style="list-style-type: none"> 2. 厚生年金保険 3. 厚生年金（船員）保険 4. 共済組合等 	
7		. . から . . まで	<ul style="list-style-type: none"> 1. 国民年金 2. 厚生年金保険 3. 厚生年金（船員）保険 4. 共済組合等 	
8		. . から . . まで	<ul style="list-style-type: none"> 1. 国民年金 2. 厚生年金保険 3. 厚生年金（船員）保険 4. 共済組合等 	
9		. . から . . まで	<ul style="list-style-type: none"> 1. 国民年金 2. 厚生年金保険 3. 厚生年金（船員）保険 4. 共済組合等 	
10			<ul style="list-style-type: none"> 2. 厚生年金保険 3. 厚生年金（船員）保険 4. 共済組合等 	
11		. . から . . まで	<ul style="list-style-type: none"> 1. 国民年金 2. 厚生年金保険 3. 厚生年金（船員）保険 4. 共済組合等 	
12		. . から . . まで	<ul style="list-style-type: none"> 1. 国民年金 2. 厚生年金保険 3. 厚生年金（船員）保険 4. 共済組合等 	
13		. . から . . まで	<ul style="list-style-type: none"> 1. 国民年金 2. 厚生年金保険 3. 厚生年金（船員）保険 4. 共済組合等 	

加入していた年金制度が国民年金のときは、記入不要です。

勤務期間または国民年金の加入期間が詳しくわからない場合でも、年月までまたは何年の夏や冬までといったようにご記入ください。

亡くなられた方の公的年金制度の加入履歴を記入してください。

㊦ 必ず記入してください。	(1) 死亡した方の生年月日、住所	昭和XX年 11月 5日	住所	東京都千代田区二番町2番地	
	(2) 死亡年月日	平成XX年 2月 10日	(3) 死亡の原因である傷病または負傷の名称	急性心不全	
	(4) 傷病または負傷の発生した日	平成XX年 2月 5日	(5) 傷病または負傷の初診日	平成XX年 2月 5日	
	(6) 死亡の原因である傷病または負傷の発生原因		(7) 死亡の原因は第三者の行為によりますか。	1. はい ・ 2. いいえ	
	(8) 死亡の原因が第三者の行為により発生したものであるときは、その者の氏名および住所	死亡の原因が第三者の行為による場合は、別途書類が必要となりますので、共済組合にご連絡ください。			
	(9) 請求する方は、死亡した方の相続人になれますか。	1. はい ・ 2. いいえ			
	(10) 死亡した方は次の年金制度の被保険者、組合員または加入者となつたことがありますか。あるときは番号を○で囲んでください。				
	1. 国民年金法	2. 厚生年金保険法	3. 船員保険法（昭和61年4月以後を除く）		
	4. 廃止前の農林漁業団体職員共済組合法	5. 国家公務員共済組合法	6. 地方公務員等共済組合法		
	7. 私立学校教職員組合法	8. 旧市町村職員共済組合法	9. 地方公務員の退職年金に関する条例		
10. 恩給法					
(11) 死亡した方は、(10)欄に示す年金制度から年金を受けていましたか。	1. はい	2. いいえ	受けていたときは、その制度名と年金証書の基礎年金番号および年金コード等を記入してください。	制度名	年金証書の基礎年金番号および年金コード等
				厚生年金	9876-543210
				共済年金	8680-1234567890
(12) 死亡の原因は業務上ですか。	1. はい ・ 2. いいえ	(13) 労災保険から給付が受けられますか。	1. はい ・ 2. いいえ	(14) 労働基準法による遺族補償が受けられますか。	1. はい ・ 2. いいえ
(15) 遺族厚生年金を請求する方は、下の欄の質問に答えてください。いずれかを○で囲んでください。					
ア 死亡した方は、死亡の当時、厚生年金保険の被保険者でしたか。					1. はい ・ 2. いいえ
イ 死亡した方が厚生年金保険（船員保険）の被保険者若しくは共済組合の組合員の資格を喪失した後、死亡したときであつて、厚生年金保険（船員保険）の被保険者または共済組合の組合員であつた間に発した傷病または負傷が原因で、その初診日から5年以内に死亡したものでしたか。					1. はい ・ 2. いいえ
ウ 死亡した方は、死亡の当時、障害厚生年金（2級以上）または旧厚生年金保険（旧船員保険）の障害年金（2級相当以上）若しくは共済組合の障害年金（2級相当以上）を受けていましたか。					1. はい ・ 2. いいえ
エ 死亡した方は平成29年7月までに老齢厚生年金または旧厚生年金保険（旧船員保険）の老齢年金・通算老齢年金若しくは共済組合の退職給付の年金の受給権者でしたか。					1. はい ・ 2. いいえ
オ 死亡した方は保険料納付済期間、保険料免除期間および合算対象期間（死亡した方が大正15年4月1日以前生まれの場合は通算対象期間）を合算した期間が25年以上ありましたか。					1. はい ・ 2. いいえ
①アからウの ⇒(16)に○を ②アからウの ⇒下の□の○を					
アからウまでとエまたはオは年金の計算方法が異なるため、アからウのいずれかおよびエまたはオについて「はい」と答えた方は、希望する計算方法に✓を付けてください。					
<input checked="" type="checkbox"/> 年金額が高い方の計算方法での決定を希望する。					
<input type="checkbox"/> 指定する計算方法での決定を希望する。 ⇒右欄のアからウのいずれか、またはエ若しくはオを○で囲んでください。					ア・イ・ウ または エ・オ
(16) 死亡した方が共済組合等に加入したことがあるときは、下の欄の質問に答えてください。					
ア 死亡の原因は、公務上の事由によりますか。					1. はい ・ 2. いいえ
イ 請求者は同一事由によって、追加費用対象期間を有することによる共済組合法に基づく遺族給付を受けられますか。					1. はい ・ 2. いいえ

生計維持証明

㊦

右の者は、死亡者と生計を同じくしていたこと、および配偶者と子が生計を同じくしていたことを申し立てる。~~(証明する。)~~

平成 XX 年 2 月 25 日

請求者 ~~(証明者)~~ 住所 **東京都千代田区二番町2番地**
氏名 **共済 花子**

(請求者との関係)

	氏名	続柄
請求者	共済 花子	妻
	共済 一郎	子

生計同一関係

- (注) 1. この申立は、民生委員、町内(含まれません。)の証明に代
2. この申立(証明)には、世帯
3. 請求者が申立てを行う際に自ら署名する場合は、請求者の押印は不要です。

請求者ご本人が自ら署名する場合は、押印は不要です。

㊦

1. この年金を請求する方は次に答えてください。

※確認印

*年金事務所の確認事項

(1) 請求者(名: **花子**)について年収は、850万円未満ですか。

はい いいえ () 印

ア. 健保等被扶養者(第三号被保険者)

(2) 請求者(名: **一郎**)について年収は、850万円未満ですか。

はい いいえ () 印

イ. 加算額または加給年金額対象者

ウ. 国民年金保険料免除世帯

エ. 義務教育終了前

オ. 高等学校在学中

カ. 源泉徴収票・非課税証明等

収入関係

収入関係については、生計維持があったことを証明する書類が必要になります。

平成 XX 年 2 月 25 日 提出

ご本人と亡くなられた方が同一世帯でなかった場合や住民票上の住所が別であった場合は、別途書類が必要となりますので、共済組合にご連絡ください。

受付番号		届書コード	17311
------	--	-------	-------

届書コード	届書
7 3 1 1	

年金請求書 (国民年金・厚生年金保険遺族給付)

06号

記入例

請求者ご自身の個人番号 (マイナンバー) または基礎年金番号を記入してください。個人番号 (マイナンバー) は通知カード、マイナンバーカードなど (基礎年金番号で届出する場合にあっては年金証書など) により確認し、正確に記入してください。

※ 基礎年金番号がない場合は、個人番号 (マイナンバー) を記入してください。

請求者ご本人が自ら署名する場合は、押印は不要です。

注) 1. この請求書は、遺族給付を受けることができる方が2人以上あるとき使用してください。
2. この請求書は、請求書 (様式第105号) に添えて提出してください。

死亡した方	② 生年月日	明・大・昭・平	X X 1 1 0 5
氏名	フリガナ	キョウサイ	タロウ
	(氏)	共済	太郎
	性別		男 1 女 2
請求者	④ 生年月日	明・大・昭・平	X X 0 5 0 1
	⑨ 氏名	フリガナ	キョウサイ
	(氏)	共済	イチロウ
	⑩ 続柄		子
	性別		男 1 女 2
	⑪ 住所の郵便番号	⑫ 住所	⑬ 市町村
	1 0 2 0 0 8 4	東京都 千代田	市 区 町 村
			ニバンチョウ2番地
	⑭ 電話番号1	(03) - (5210) - (XXXX)	⑮ 電話番号2
			(080) - (5210) - (XXXX)

社会保険労務士の提出代行者印

* 日中に連絡が取れる電話番号 (携帯も可) をご記入ください。
* 予備の電話番号 (携帯も可) があればご記入ください。

該当する数字を○で囲んでください。

該当する数字を○で囲んでください。

年金受取機関	① 金融機関	フリガナ	キョウサイ	イチロウ
	(ゆうちょ銀行を除く)	(氏)	共済	一郎
	2. ゆうちょ銀行 (郵便局)	口座名義人氏名		
⑦ 年金送付先	⑬ 金融機関	⑭ 支店コード	⑮ 支店	⑯ 口座番号 (左詰めで記入)
	金融機関コード	⑰ 銀行	⑱ 支店	1. 普通 2. 当座
	記号 (左詰めで記入)	⑲ 支店	⑳ 支店	7 6 5 4 3 2 1
	⑳ 預金通帳の口座番号	⑳ 支店	⑳ 支店	
	記号 (左詰めで記入)	⑳ 支店	⑳ 支店	
	⑳ 支店	⑳ 支店	⑳ 支店	

記入不要

通帳またはキャッシュカードの写しを添付する場合、証明は不要です。

① 加算額の対象者	氏名	⑲ 生年月日	障害の状態	⑲ 診
	フリガナ	年 月 日		
	(氏)	昭 平	障害の状態に	
	共済	X X 1 0 2 5	ある・ない	
	直子			

請求者欄に記載された方以外に、死亡した方によって生計を維持されていた子がいる場合はご記入ください。

子の要件は、次のいずれかとなります。

- ① 18歳になった後の最初の3月31日までにある未婚の子
- ② 国民年金法施行令別表に定める障害等級1級・2級の障害の状態にある場合は20歳未満の未婚の子

㊦ あなたは、現在、公的年金制度等（表1参照）から年金を受けていますか。○で囲んでください。

1. 受けている	<input checked="" type="radio"/> 2. 受けていない	3. 請求中	制度名（共済組合名等）	年金の種類
----------	--	--------	-------------	-------

受けていると答えた方は下欄に必要事項を記入してください。（年月日は支給を受けることになった年月日を記入してください）。

公的年金制度名 (表1より記号を選択)	年金の種類	年月日	年金証書の年金コードまたは記号番号等	②年金コードまたは共済組合コード・年金種別
	・老齢または退職 ・障害 ・遺族			1

すでに年金を受けている場合、また、他の年金を請求手続き中の場合は必ずご記入ください。
原則として2つ以上の年金を同時に受け取ることはできません。
年金受給選択申出書を提出し、いずれか一方の年金を選択していただくことになります。

請求者の「③基礎年金番号」欄を記入していない方は、次のことにお答えください。（記入した方は回答の必要はありません。）

過去に厚生年金保険、国民年金または船員保険に加入したことがありますか。○で囲んでください。

「ある」と答えた方は、加入していた制度の年金手帳の記号番号を記入してください。

ある	ない
----	----

厚生年金保険																					国民年金																						
船員保険																																											

上 外	②⑥ (外) 傷病名	(上) 傷病名	②⑥ 診断書	②⑦ 有年数	②⑦ 有年	三
上 外 1 . 2					元号	

遺 基	②⑧ 受給権発生日	②⑨ 停止事由	②⑩ 停 止 期 間	②⑩ 条 文	失権事由	失権年月日
	元号 年 月 日		元号 年 月 元号 年 月	0 1 3 7 0 0 1		年 月 日

遺 厚	②⑪ 受給権発生日	②⑫ 停止事由	②⑬ 停 止 期 間	②⑬ 条 文	失権事由	失権年月日
	元号 年 月 日		元号 年 月 元号 年 月	0 1 5 8 0 0 1		年 月 日

②⑭ 摘要		②⑮ 時効区分	送信
-------	--	---------	----

届書コード	①進達番号	② 生 年 月 日	③制 度	④年金種別	送信
7 9 0		明・大・昭・平 年 月 日	新 法 1	遺族 14	

完了処理	②⑯ 完了表示	1 完 了	送信
------	---------	-------	----