

【個人番号(または基礎年金番号)】
 受給権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)につい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。

【年金コード】
 年金証書に記載されている年金コードを記入してください。

【生年月日】
 元号を○で囲み、生年月日を記入してください

【障害給付について】
 障害給付を受ける原因となった疾病または負傷の傷病名、その給付を受ける権利が発生した年月日を記入してください。

障害給付を受ける権利が発生した以後に基礎年金番号を取得したり、職歴がある場合は、記入してください。

現在の公的年金制度等からの年金の受給状況について、○で囲んでください。
 受けている方・請求中の方は、その制度の名称、基礎年金番号・年金コード等を記入してください。受けている方は、その支給を受けることとなった年月日も記入してください。

【加算額・加給年金額対象者欄】
 ご本人の共済組合と厚生年金の合計の加入期間が20年以上である場合かつ65歳未満の配偶者、18歳になった後の最初の3月31日までにいる子、または国民年金法施行令に定める障害等級1級・2級の障害状態にある20歳未満の子と生計を維持している場合は、記入してください。

【配偶者について】
 現在、公的年金制度からの年金の受給状況について○で囲み、受けている場合は、その年金の名称、制度の名称、個人番号(マイナンバー)または年金証書の基礎年金番号及び年金コード等、その支給を受けることとなった年月日を記入してください。

Ⅱ-4- (2) №46 障害給付額改定請求書 記入例

障害給付額改定請求書

(障害給付を受ける原因となった障害の程度が変更したときの届
 障害給付を受けられるようになった以後の疾病または負傷により障害の程度が変更したときの届
 ※基礎年金番号(1-04)で届出する場合は左詰めでご記入ください。)

個人番号(または基礎年金番号)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
年金コード	1	3	5	0								
① 生 年 月 日	昭和	平成	×	×	1	0	0	2				
② 障害給付を受ける原因となった疾病または負傷の傷病名	慢性腎不全											
③ 障害給付を受ける権利が発生した年月日	昭和	平成	×	×	1	0	0	1				
④ ③以外の疾病または負傷の傷病名												
⑤ ⑤の疾病または負傷の初診日	昭和・平成											
⑥ 障害給付を受ける権利が発生した以降 ⑦ 取得した年金手帳の基礎年金番号												
⑧ 障害給付を受ける権利が発生した年月日以降の職歴												
事業所名称等	事業所(国民年金加入時)	所在地	加入期間	加入制度								
			から	国民年金・厚生年金保険								
			まで	共済組合等・厚生年金(船員保険)								
			から	国民年金・厚生年金保険								
			まで	共済組合等・厚生年金(船員保険)								
			から	国民年金・厚生年金保険								
			まで	共済組合等・厚生年金(船員保険)								

○または現在、当該障害基礎年金、障害厚生年金または障害基礎年金以外に公的年金制度から年金を受けています	ア 受けている	イ 受けていない	ウ 請求中					
⑨ 受けている方・請求中の方は、その制度の名称および年金証書の基礎年金番号・年金コード、恩給証書の記号番号を記入してください。	名称	厚生年金保険						
	基礎年金番号 年金コード等	1234-567890-1130						
⑩ 上記の年金を受けている方は、その支給を受けることとなった年月日	昭和	平成	×	×	1	0	0	1
⑪ 加算額・加給年金額対象者欄	氏 名	生 年 月 日	続柄・障害の有無					
	共済 花子	昭和・平成 ××年 1月 22日	配偶者・子 (障害 有・無)					
		平成 年 月 日	子 (障害 有・無)					
		平成 年 月 日	子 (障害 有・無)					

現在、公的年金制度等から老齢・退職または障害の年金を受けていますか。	ア 老齢・退職の年金を受けている	イ 障害の年金を受けている	ウ いずれも受けていない					
受けているときは、その公的年金制度等の名称および個人番号(または年金証書の基礎年金番号)・年金コード、恩給証書の記号番号	名称	老齢厚生年金						
	個人番号(または基礎年金番号)・年金コード等	9876-543210-1150						
その支給を受けることとなった年月日	昭和	平成	×	×	0	1	2	1

【生計維持申立】

㊸に記入した加給年金額対象者を現在生計維持している場合は、記入してください。受給権者自ら署名する場合には、押印は不要です。

※生計維持しているとは、生計同一関係(原則、住民票上同一世帯である必要あり。)にあり、加給年金額対象者の恒常的な収入が年額850万円(所得655.5万円)未満と認められる状態のことをいいます。
 また、加給年金額対象者と同一世帯でない場合は、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。

生 計 維 持 申 立

配偶者および子の氏名	生年月日	受給権者との続柄	障害の状態はありますか
共済 花子	昭和・平成 ××年 1月 22日	妻	ある <input type="checkbox"/> ない <input checked="" type="checkbox"/>
	昭和・平成 年 月 日		ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/>
	昭和・平成 年 月 日		ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/>

上記の者は、現在生計を維持していることを申し立てる。
 平成 ××年 4月 12日 受給権者氏名 **共済 太郎** ㊸

平成 ××年 4月 12日 提出

郵便番号 **102-0084**

受給権者 住所 **東京都千代田区二番町2番地**

(フリガナ) **キョウサイ タロウ**

氏 名 **共済 太郎** ㊸

電話番号 (03) - (5210) - (××××)

(裏面の「記入上の注意」をよく読んでから記入してください。)

【郵便番号】
 現在お住まいの住所の郵便番号を記入してください。

【住所】
 現在お住まいの住所を記入してください。

【年金受給権者氏名】
 漢字氏名及びフリガナを記入してください。
 受給権者自ら署名する場合には、押印は不要です。

【電話番号】
 ご自宅の電話番号等の連絡のとれる電話番号を記入してください。