

Ⅱ-2-(5) №29 老齢厚生年金障害者特例・繰上げ調整額請求書 記入例

老齢厚生年金 障害者特例・繰上げ調整額請求書
(繰上げ調整額停止事由消滅届)

(受給権者が、被保険者でなく、かつ、障害の状態に該当することにより調整支給または繰上げ調整額を請求するときの届)

*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。

① 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	年金コード(対象の年金をすべて記載してください) 1 1 3 0 1 1 5 0
② 氏名	フリガナ キョウサイ タロウ (氏) 共済 (名) 太郎
③ 生年月日	昭和・平成 XX 年 1 月 0 2 日
④ 住所	東京都 千代田区 二番町2番地 電話番号(〒 03)-(5210)-(XXXX)
⑤ 障害を支給事由とする年金を受けている場合	年金の名称 障害厚生年金 制度の名称 厚生年金保険制度 基礎年金番号および年金コード等 1234-567890-1350
⑥ 上記⑤の年金を受けるようになった年月日	昭和・平成 XX 年 9 月 1 日
⑦ 障害の原因となった疾病または負傷の傷病名	
⑧ ⑦の疾病または負傷の初診日	昭和・平成 年 月 日
⑨ 障害の状態に該当することとなった年月日	昭和・平成 年 月 日
現在、公的年金制度等から老齢・退職または障害を事由とする年金を受けていますか。	老齢・退職の年金を受けている <input type="checkbox"/> 障害の年金を受けている <input checked="" type="checkbox"/> いずれも受けていない <input type="checkbox"/>

【配偶者について】

現在、公的年金制度等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。

⑩ 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。	老齢・退職の年金を受けている <input checked="" type="checkbox"/> 障害の年金を受けている <input type="checkbox"/> いずれも受けていない <input type="checkbox"/>
受けているときは、その公的年金制度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、恩給証書等の記号番号	年金の名称 老齢厚生年金 制度の名称 厚生年金保険制度 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 XX 年 1 月 21 日

⑪ 生計維持申立			
加給年金額対象者の氏名	生年月日	受給権者との続柄	障害の状態にありますか
共済 花子	昭和・平成 XX 年 1 月 22 日	配偶者	ある・ <input checked="" type="checkbox"/> ない
	平成 年 月 日		ある・ <input type="checkbox"/> ない
	平成 年 月 日		ある・ <input type="checkbox"/> ない
上記の加給年金額の対象者について、現在生計を維持していることを申し立てる。			
平成 XX 年 11 月 1 日		受給権者氏名 共済 太郎	

平成 XX 年 11 月 1 日

【生計維持申立】

⑩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将来にわたって年額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。

【個人番号(または基礎年金番号)・年金コード】

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】

対象のとなるすべての年金コード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。

【生年月日】

元号を○で囲み、生年月日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。

【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。

【障害を支給事由とする年金を受けている場合】

受けている年金の名称、制度の名称、年金証書の基礎年金番号及び年金コード等を記入してください。

【障害を支給事由とする年金を受けていない場合】

障害の原因となった疾病または負傷の傷病名、その初診日、障害の状態に該当することとなった年月日を記入してください。

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。

【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年以上である場合で、かつ、65歳未満の配偶者、18歳になった後の最初の3月31日までにある子、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歳未満の子を生計維持している場合は、記入してください。

⑫ 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 XX 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)

(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。)