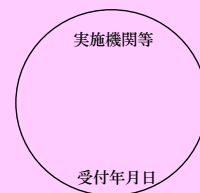


年金請求書（国民年金・厚生年金保険障害給付）

〔障害基礎年金・障害厚生年金・障害手当金〕

年金コード	
13	
430002 82	

- のなかに必要事項を記入してください。（◆印欄には、なにも記入しないでください。）
- フリガナはカタカナで記入してください。
- 請求者自ら署名する場合は、押印は不要です。



※基礎年金番号が交付されていない方は、①、②の「基礎年金番号」欄の記入の必要はありません。

①請求者の基礎年金番号		②配偶者の基礎年金番号	
③生年月日		昭・平	
④氏名		⑤性別	
住所の郵便番号		市区町村	
電話番号1		電話番号2	
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。	

課所符号	進達番号	厚生資格
		10・20 21・22
船保資格	記録不要制度	作成原因
10・20 21・22	(厚年)(船員)(国年)(国共)(地共)(私学)	02
船戦加	重	未保
		支保
		配状

⑦年金受取機関		(フリガナ)	
1. 金融機関 (ゆうちょ銀行を除く)		口座名義人氏名	
2. ゆうちょ銀行 (郵便局)			
金融機関	金融機関コード	支店コード	銀行
◆			金庫 信組 農協 信連 信漁連 漁協
ゆうちょ銀行	預金通帳の口座番号		金融機関またはゆうちょ銀行の証明
	記号 (左詰で記入)	番号 (右詰で記入)	請求者の氏名フリガナと口座名義人氏名フリガナが同じであることを確認してください。 ※貯蓄口座は振込できません
支払局コード	0 1 0 1 6 0		

⑧ 配偶者	氏名		生年月日		連絡欄
	(フリガナ)	(氏)	大 昭 平	年 月 日	
⑨ 子	氏名		生年月日		障害の状態
	(フリガナ)	(氏)	昭 平	年 月 日	
	(フリガナ)	(氏)	昭 平	年 月 日	診
					X線フィルムの送付
					有・無 枚
					X線フィルムの返送
					年 月 日

右の3ページを記入する際の注意事項

●「年金を受けている」には、全額支給停止になっている年金がある場合も含まれます。

表1 公的年金制度等

- | | |
|---|--------------------------------|
| ア. 国民年金 | キ. 廃止前の農林漁業団体職員共済組合 |
| イ. 厚生年金保険 | ク. 恩給 |
| ウ. 船員保険(昭和61年4月以後を除く) | ケ. 地方公務員の退職年金に関する条例 |
| エ. 国家公務員共済組合
(JT、JR、NTTの三共済組合を含む)
(昭和61年4月前の長期給付に関する施行法を含む) | コ. 日本製鉄八幡共済組合 |
| オ. 地方公務員等共済組合
(昭和61年4月前の長期給付に関する施行法を含む) | サ. 改正前の執行官法附則第13条 |
| カ. 私立学校教職員共済 | シ. 旧令による共済組合等からの年金受給者のための特別措置法 |
| | ス. 戦傷病者戦没者遺族等援護法 |

⑩
⑪

- ⑩および⑪で、「年金を受けている」または「請求中」を○で囲んだ方は、
- ・「公的年金制度名」…表1から該当する公的年金制度等の記号を選択し、ご記入ください。
 - ・「年金の種類」……該当するものを○で囲んでください。
 - ・「年月日」……年金を受けることとなった年月日をご記入ください。
(「年金を受けている」を○で囲んだ方のみご記入ください。)

* 2つ以上の年金を受ける権利を得た場合は、原則として、どちらか一方の年金を選択することになり、もう一方の年金は支給停止となります。年金を選択する際には、「年金受給選択申出書」の提出が必要です。

詳しくは、共済組合までお問い合わせください。

- 履歴はあなたがはじめて公的年金制度(右ページ⑫の1~10)に加入したときから古い順に記入してください。
- 事業所等の名称変更や所在地の変更、転勤などがあったときは、そのことがわかるように、それぞれの事業所等毎に必要な事項を記入してください。

《記入例》

詳しくわからないときでも、都市区名までは記入してください。

詳しくわからないときでも、年月まであるいは何年の夏とか冬までといったように記入してください。

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。

会社名だけでなく、支店・工場等についても記入してください。

履歴(公的年金制度加入経過) ※できるだけ詳しく、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	(有)〇〇商店	〇〇区〇〇2-X	49・4・1から 55・3・31まで	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		〇〇市〇〇-X-X	56・4・1から 58・3・31まで	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	△△化学(株)東京支店	〇〇区〇〇-X-X	58・4・1から 61・3・31まで	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	江東 とる1△
4	〇〇市役所	〇〇市△△-X-X	61・4・1から 平26・3・31まで	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	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			・ ・ から ・ ・ まで	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	
			・ ・ から ・ ・ まで	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			・ ・ から ・ ・ まで	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	

備考欄について

わかる方のみ以下の事項に記入してください。

- 各事業所等の
 - ・健康保険被保険者証
 - ・船員保険被保険者証
 - ・共済組合員証等の記号および番号

- 厚生年金保険の事業所の整理番号(アルファベット)および被保険者番号(健康保険組合の設立されている事業所等の場合)

船員保険に加入したことがある人で海軍徴用期間があった場合は、その旨を記入してください。

⑩ あなたの配偶者は、公的年金制度等（表1参照）から老齢・退職または障害の年金を受けていますか。○で囲んでください。

1. 老齢・退職の年金を受けている	2. 障害の年金を受けている	3. いずれも受けていない	4. 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	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	. .		1							
	・老齢または退職 ・障害	. .		2							
	・老齢または退職 ・障害	. .		3							

⑪ 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	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							
	・老齢または退職 ・障害 ・遺族	. .		2							
	・老齢または退職 ・障害 ・遺族	. .		3							
				他年金種別							

⑫ 次の年金制度の被保険者または組合員等となったことがあるときは、その番号を○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. 私立学校教職員共済 | 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 |

⑬ 履 歴（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		. . から	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	
初		. . まで		
2		. . から	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	
		. . まで		
3		. . から	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	
		. . まで		
4		. . から	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	
		. . まで		
5		. . から	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	
		. . まで		
6		. . から	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	
		. . まで		
7		. . から	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	
		. . まで		
8		. . から	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	
		. . まで		
9		. . から	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	
		. . まで		
10		. . から	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	
		. . まで		

右の5ページを記入する際の注意事項

1 障害認定日による請求

障害給付は、病気またはケガによってはじめて医師の診察を受けた日（初診日）から1年6月経過した日（その期間になおったときにはその日）に一定の障害の状態にあるときに受けられます。（ただし、一定の資格期間が必要です。）この場合、年金請求書に添付する診断書は、初診日から1年6月目の障害状態がわかるものが必要です。

なお、請求する日が、1年6月日より1年以上過ぎているときには、なおったことにより請求するときを除き、初診日から1年6月目の診断書と請求時点の診断書が必要となります。（ただし、障害給付の決定を行う際に、他の時点の障害状態がわかる診断書の提出を求めることがあります。）

2 事後重症による請求

1に該当しなかった人でもその後病状が悪化し、一定の障害の状態になったときには本人の請求により障害給付が受けられます。ただし、請求は65歳前に行なわなければいけません。この場合、年金請求書に添付する診断書は、請求時における障害の状態がわかるものが必要です。また支給は請求した月の翌月分から行われます。

3 初めて障害等級の1級または2級に該当したことによる請求

65歳前に一つの障害と他の障害とを合わせて初めて2級以上の障害の状態になったときには障害給付が受けられます。この場合、年金請求書に添付する診断書は、初めて2級以上となったときのそれぞれの障害の診断書が必要です。

なお、この事由による請求は今までに2級以上の障害給付を受けたことがある人、または2級以上の障害の状態になったことのある人は、行うことができません。また支給は請求した月の翌月分から行われます。

⑭
(1)

●障害の原因について交通事故等、第三者の行為による際は、「第三者行為事故状況届」と証明書等の提出が必要です。

詳しくは、共済組合までお問い合わせください。

⑭
(3)

加給年金額について

加給年金額

〔ご本人（年金を受ける方）によって、生計を維持されている配偶者または子がいる場合、年金に加算されます。〕

●障害等級が2級以上に該当する方で、その方に生計を維持されている下記の配偶者または子がいるときに支給されます。

配偶者の加給年金額は障害厚生年金に、子については障害基礎年金に加算されます。

対象者	年齢制限
配偶者	65歳未満であること
子	・18歳になった後の最初の3月31日まで ・厚生年金保険法に定める障害等級1級・2級の障害の状態にある場合は20歳未満

配偶者が老齢（退職）年金（加入期間20年以上）または障害年金を受けている間は、加給年金額は支給停止されます。

該当する方は「加給年金額支給停止事由該当届」の提出が必要となる場合があります。

加給年金額に関する詳しい説明は、全国市町村職員共済組合連合会ホームページ (<http://www.shichousonren.or.jp/>) に掲載していますので、ご利用ください。

⑭ 必ず記入してください。	(1) この請求は、左の頁にある「障害給付の請求事由」の1から3までのいずれに該当しますか。該当する番号を○で囲んでください。		1. 障害認定日による請求 2. 事後重症による請求 3. 初めて障害等級の1級または2級に該当したことによる請求			
	「2」を○で囲んだときは右欄の該当する理由の番号を○で囲んでください。		1. 初診日から1年6月目の状態で請求した結果、不支給となった。 2. 初診日から1年6月目の症状は軽かったが、その後悪化して症状が重くなった。 3. その他(理由)			
	(2) 過去に障害給付を受けたことがありますか。		1. はい 2. いいえ	「1. はい」を○で囲んだときは、その障害給付の名称と年金証書の基礎年金番号・年金コード等を記入してください。		
			名 称			
			基礎年金番号・年金コード等			
	(3)		傷 病 名	1.	2.	3.
			傷 病 の 発 生 し た 日	昭和 平成 年 月 日	昭和 平成 年 月 日	昭和 平成 年 月 日
			初 診 日	昭和 平成 年 月 日	昭和 平成 年 月 日	昭和 平成 年 月 日
			初診日において加入していた年金制度	1. 国年 2. 厚年 3. 共済	1. 国年 2. 厚年 3. 共済	1. 国年 2. 厚年 3. 共済
			現在傷病はなおっていますか。	1. はい ・ 2. いいえ	1. はい ・ 2. いいえ	1. はい ・ 2. いいえ
		なおっているときは、なおった日	昭和 平成 年 月 日	昭和 平成 年 月 日	昭和 平成 年 月 日	
		傷病の原因は業務上ですか	1. はい ・ 2. いいえ			
		この傷病について右に示す制度から保険給付が受けられるときは、その番号を○で囲んでください。請求中のときも同様です。	1. 労働基準法 2. 労働者災害補償保険法 3. 船員保険法 4. 国家公務員災害補償法 5. 地方公務員災害補償法 6. 公立学校の学校医、学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償に関する法律			
		受けられるときは、その給付の種類番号を○で囲み、支給の発生した日を記入してください。	1. 障害補償給付(障害給付) 2. 傷病補償給付(傷病年金) 昭和・平成 年 月 日			
		障害の原因は第三者の行為によりますか。	1. はい ・ 2. いいえ			
		障害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を記入してください。	氏 名			
			住 所			

生 計 維 持 証 明

⑮ 生計同一関係	右の者は、請求者と生計を同じくしていることを申し立てる。(証明する。)												
	平成 年 月 日												
	請求者 (証明者)	住 所	Ⓜ										
		氏 名											
		(請求者との関係)	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td rowspan="4" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">配偶者 および子</td> <td>氏 名</td> <td>続 柄</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>		配偶者 および子	氏 名	続 柄						
配偶者 および子	氏 名	続 柄											
(注) 1. この申立は、民生委員、町内会長、事業主、年金委員、家主などの第三者の証明に代えることができます。 2. この申立(証明)には、世帯全員の住民票(コピー不可)を添えてください。													
⑯ 収入関係	1. 請求者によって生計維持していた者について記入してください。		※確認印	※年金事務所の確認事項									
	(1) 配偶者について年収は、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) 子(名:)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									
	(3) 子(名:)について年収は、850万円未満ですか。	はい・いいえ	() 印	ウ. 国民年金保険料免除世帯									
	(4) 子(名:)について年収は、850万円未満ですか。	はい・いいえ	() 印	エ. 義務教育終了前									
2. 上記1で「いいえ」と答えた者のうち、その者の収入はこの年金受給権発生時においては、850万円未満ですか。		はい・いいえ		オ. 高等学校在学中 カ. 源泉徴収票・非課税証明等									

※請求者が申立てを行う際に自ら署名する場合は、押印は不要です。

平成 年 月 日 提出

右の7ページを記入する際の注意事項

「個人番号（マイナンバー）」について

- マイナンバーを記入することにより、生年月日に関する書類の添付が不要になる場合があります。また年1回の現況の確認（現況届）や住所変更等の提出が不要となります。ただし、住民票の住所以外にお住まいの方など、住所変更の届出が必要となる場合があります。
 - 記載されたマイナンバーは、マイナンバーが正しい番号であることの確認（番号確認）および提出する者が番号の正しい持ち主であることの確認（身元（実存）確認）が必要なため、以下の（1）または（2）を提出してください。
 - （1）マイナンバーカード（個人番号カード）
※番号確認と身元（実存）確認できる情報の両方が記載されているため、1種類で確認が可能です。
 - （2）以下の2種類（㊦と㊧1種類ずつ）を添付してください。
 - ㊦マイナンバーが記載されている書類から1種類
住民票（マイナンバー記載のもの）または通知カード
 - ㊧身元（実存）確認のできる書類から1種類
運転免許証、旅券、身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳、療育手帳、在留カード等
- 【窓口で提出される場合】
上記（1）マイナンバーカードまたは（2）の㊦と㊧1種類ずつの原本をご提示ください。
- 【郵送で提出される場合】
マイナンバーカードは、両面のコピーまたは（2）の㊦と㊧1種類ずつのコピーを添付してください。
- ご記入いただいていない場合であっても、年金決定後に氏名、生年月日、性別および住所が住民基本台帳ネットワークの情報と一致した場合は、マイナンバーを登録させていただきます。

⑳

機構独自項目

過去に加入していた年金制度の年金手帳の記号番号で、基礎年金番号と異なる記号番号があるときは、その記号番号を記入してください。

⑰ 請求者	厚生年金保険																			国民年金																		
	船員保険																																					

「②配偶者の基礎年金番号」欄を記入していない方は、あなたの配偶者について、つぎの1および2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。）

1. 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

⑱ 配偶者	厚生年金保険																				国民年金																	
	船員保険																																					

2. あなたと配偶者の住所が異なるときは、下欄に配偶者の住所および性別を記入してください。

住所の郵便番号					住	(フリガナ)						性別
					所							男 女
												1 2

⑲ 最後に勤務した事業所または現在勤務している事業所について記入してください。

(1) 事業所（船舶所有者）の名称を記入してください。

(1) 名称		
(2) 記号	番 号	

(2) 健康保険（船員保険）の被保険者証の記号番号がわかれば記入してください。

⑳ 個人で保険料を納める第四種被保険者、船員保険の年金任意継続被保険者となったことがありますか。

1. はい ・ 2. いいえ

「はい」と答えた人は、保険料を納めた年金事務所（社会保険事務所）の名称を記入してください。

その保険料を納めた期間を記入してください。

昭和 平成 年 月 日 から 昭和 平成 年 月 日

第四種被保険者（船員年金任意継続被保険者）の整理記号番号を記入してください。

(記号) (番号)

上・外	初診年月日				障害認定日				(外) 傷病名コード				(上) 傷病名コード				診断書																		
上・外 1・2	元号		年		月		日	元号		年		月		日																					
(外) 等級	(上) 等級	有	有年	三	差引																														
			元号		年																														

基 礎	受給権発生年月日				停止事由		停 止 期 間				条 文																						
	元号		年		月		日			元号		年		月		日																	
	失権事由		失権年月日																														
			元号		年		月		日																								

厚 年	受給権発生年月日				停止事由		停 止 期 間				条 文																						
	元号		年		月		日			元号		年		月		日																	
	失権事由		失権年月日																														
			元号		年		月		日																								

共済コード 共 済 記 録 1												2																											
			元号		年		月		日	元号		年		月		日																							
3												4																											
			元号		年		月		日	元号		年		月		日																							
5												6																											
			元号		年		月		日	元号		年		月		日																							

㉑ 請求者の個人番号																																								
------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

時効区分	
------	--