

V-3 公務障害年金決定請求書（F-5）記入例

所属所番号

証番号

退職等年金給付用

公務障害年金決定請求書

※太線の枠内に必要事項を記入してください。□欄には記入しないでください。※請求者自ら署名する場合には、押印不要です。

【請求年月日】
請求日を記入してください。

【基礎年金番号】
基礎年金番号通知書等により確認し正確に記入してください。

【電話番号】・【携帯電話番号等】
自宅の電話番号を記入してください。また、仕事等で日中に連絡の取りにくい場合、入院中や施設入所中の場合には、「携帯電話番号等」欄に連絡の取れる番号を記入してください。

【年金受取金融機関】
①銀行等の口座を記入してください。口座名義が請求者氏名と異なるときは年金の振込ができませんので、請求者ご本人名義の口座を記入してください。
②口座番号及び通帳番号は右詰め、通帳記号は左詰めで記入してください。
③年金受取機関の確認印を銀行等から受けるか、通帳の写しを添付してください。

【退職年月日等】
①退職した事由に該当するものを○で囲んでください。
②退職した年月日も記入してください。
退職していないときは記入の必要はありません。

【障害初診日】
公務障害年金を請求する傷病について、初めて医師の診断を受けた日を記入してください。

【傷病名等】
①「傷病名」には、診断書に記載された傷病名を記入してください。
②「治癒の年月日」は、記入不要です。

【厚生法第47条第1項ただし書き該当の有無】
障害厚生年金において、納付要件を満たしていないため、受給することができない場合に、「有」を○で囲んでください。

年金証書記号番号		8		給料記録番号		8	
下記のとおりに請求します。				フリガナ		共済 太郎	
全国市町村職員共済組合連合会 理事長 様				氏名		共済 太郎	
平成 XX 年 8 月 8 日				性別		男・女	
				生年月日		昭和・平成 XX 年 5 月 3 日	
基礎年金番号		1234567890		所属機関の名称			
フリガナ		トコト外 7477シ		〇〇市役所			
住所		〒 123 - 4567 東京 〇〇市 区 XX町2番地3					
住所コード				電話番号		(03) 5210 - XXXX	
年金受取金融機関		〇〇銀行		支店		口座番号(右詰)	
金融機関		金融機関コード		店舗コード		1234567	
郵便局		ゆうちょ銀行		通帳記号(左詰)		通帳番号(右詰)	
受給中の年金		公的年金制度名		年金種別		年金証書記号番号	
厚生年金 国民年金		障害厚生 障害基礎		(請求中)		(請求中)	
受給権発生年月日		平成 年 月 日		事由			
退職事由		定年 普通・勲奨・その他		退職年月日		平成 XX 年 5 月 31 日	
障害等級		4		障害初診日		平成 XX 年 12 月 3 日	
傷病名等		頸椎損傷		治癒の年月日		有・無	
禁錮刑以上の処罰の有無		有・無		禁錮刑以上の処罰の有無		有・無	
厚生法第47条第1項ただし書き該当の有無		有・無		厚生法第58条第1項ただし書き該当の有無		有・無	

【氏名】
①住民票記載のとおり記入してください。また、フリガナも記入してください。
②請求者自ら署名する場合には、押印不要です。

【性別】・【生年月日】
①該当する性別を○で囲んでください。
②生年月日を記入してください。

【所属機関の名称】
退職時又は現在所属している所属機関の名称を記入してください。

【住所】
住民票記載のとおり記入してください。また、フリガナも記入してください。

【受給中の年金】
請求者が受給権を有する年金（退職等年金給付及び停止中の年金を含む）及び請求中の年金をすべて記入してください。
①「公的年金制度名」には厚生年金等の年金制度名を記入してください。
②「年金種別」には、老齢・退職給付、障害給付、遺族給付の年金の名称を記入してください。
③「年金証書記号番号」には現在受給権を有する年金の年金証書記号番号を記入してください。また、請求中である場合は、「(請求中)」と記入してください。
④「受給権発生年月日」には年金証書等で確認のうえ、年金の権利が発生した年月日を記入してください。

【第三者行為該当の有無】
公務障害年金を請求する傷病が第三者行為によるものか○で囲んでください。
「有」の場合は、別途書類の提出が必要となります。

【禁錮刑以上の処罰の有無】
禁錮刑以上の処罰の有無について記入してください。

【厚生法第58条第1項ただし書き該当の有無】
遺族厚生年金において、納付要件を満たしていないため、受給することができない場合に、「有」を○で囲んでください。

【所属所受付印】
所属所受付印については必須項目ではありません。

〇〇市
HXX5.20
総務課

共済組合受付印

【備考】

平成 年 月 支給期決定

F-5 (27.10)