

厚生年金保険障害者特例・繰上げ調整額請求書

様式第401号

(繰上げ調整額停止事由消滅届)

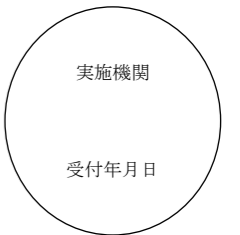
33	54	64	基礎年金番号(10桁)で届出する場合は左詰めでご記入ください。										
受給権者について	① 個人番号(または基礎年金番号)												
	年金コード		年金コード			年金コード			年金コード				
	年金証書記号番号(国共)		A	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	② 氏名		フリガナ ----- (氏) (名)										
	③ 生年月日		昭和			年	月	日					
	④ 住所		-----										
	障害を支給事由とする年金を受けている場合		⑤ 年金の名称										
			年金の名称、支給を行う制度の名称及び年金証書の基礎年金番号・年金コードまたは記号番号										
			年金証書の基礎年金番号及び年金コードまたは記号番号										
			⑥ 上記⑤の年金を受けるようになった年月日		昭和・平成・令和			年	月	日			
障害を支給事由とする年金を受けていない場合		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・令和			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・令和			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。		ア	イ	ウ	老齢・退職の年金を受けている。 障害の年金を受けている。 いずれも受けていない。								

⑩ 加給年金額対象者欄	氏名	生年月日	個人番号	続柄・障害の有無
		大・昭・平・令 年 月 日		配偶者・子(障害有・無)
		平・令 年 月 日		子(障害有・無)
		平・令 年 月 日		子(障害有・無)

⑪ 配偶者について	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、その年金の名称、公的年金制度等の名称及び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		
		制度の名称		
	個人番号(または基礎年金番号・年金コードまたは記号番号)			
その支給を受けることとなった年月日 昭和・平成・令和 年 月 日				

⑫ 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
	大・昭・平・令 年 月 日		ある・ない
	平・令 年 月 日		ある・ない
	平・令 年 月 日		ある・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。			
令和 年 月 日		受給権者氏名	

令和 年 月 日 電話番号(携帯電話も可) ()-()-()



記入上の注意

⑤には、障害を支給事由とする年金給付を受けている場合に、年金の名称、制度の名称及び年金証書の基礎年金番号及び年金コードをご記入ください。

⑥、⑧、⑨、⑩、⑪および⑫の元号は、該当する文字を○で囲んでください。

⑦には、障害を支給事由とする年金給付を受けていない場合にご記入ください。

⑧及び⑨の元号は、該当する文字を○で囲んでください。

⑩には、配偶者(夫または妻)のいる方は配偶者の年金について、ご記入ください。
上欄は、該当する文字(ア、イ、ウ)のいずれかを○で囲んでください。アまたはイに該当する方は、中欄及び下欄にもご記入ください。
なお、「公的年金制度」とは、次の制度です。

1. 国民年金の障害年金及び障害基礎年金	2. 厚生年金保険	3. 船員保険(旧法の年金のみ)
4. 国家公務員共済組合	5. 地方公務員等共済組合	6. 私立学校教職員共済
7. 廃止前の農林漁業団体職員共済組合	8. 恩給	9. 地方公務員の退職年金に関する条例
10. 日本製鉄八幡共済組合	11. 執行官	12. 旧令による共済組合等
		13. 戦傷病者戦没者遺族等援護

加給年金額の対象者である配偶者及び子(18歳に達した日以後最初の3月31日までの間にある子または20歳未満で障害の程度が厚生年金保険法に定める障害等級1級・2級に該当する子)がある人は、生計維持申立欄に引き続き生計を維持していることの申立てをしてください。

この請求書に添えなければならない書類等

(提出する日前3月以内に作成されたもの。ただし、年金証書を除きます。なお、診断書は提出する日前3月以内の障害の状態を記入したもの。)

1. 医師または歯科医師の診断書(診断書は所定の用紙になります。)
2. 傷病が別表に定めるものであるときはレントゲンフィルム
3. 障害の原因となった傷病の初診日を明らかにすることができる書類
4. ⑤欄に記入された方は、恩給証書またはこれらに準ずる書類の写し
5. 加給年金額の対象者があるときは、次の書類等(特別支給の老齢厚生年金を決定した時に提出している場合は必要ありません。)
 - ア. 加給年金額対象者と受給権者との身分関係を明らかにすることができる市区町村の証明書または戸籍の抄本(住民票でこれにかえることはできません。)
 - イ. 加給年金額の対象者が受給権者によって生計を維持していることを証する書類(個人番号(マイナンバー)を記入したときは、添付を省略できる場合があります。)
 - ウ. 加給年金額の対象者のうち国民年金法、厚生年金保険法の障害等級の1級または2級に該当する障害の状態の子があるとき(国家公務員共済組合連合会から診断書が不要である旨の通知を受けている方を除きます。)、医師または歯科医師の診断書(診断書は所定の用紙になります。)
- エ. ウに該当するこの傷病が別表に定めるものであるときはレントゲンフィルム

別表

(1)呼吸器系結核	(2)肺化のう症	(3)けい肺(これに類似するじん肺症を含む)
(4)その他または審査に際し必要と認められるもの		

◎個人番号を記入する場合は、本人確認のための書類(マイナンバーカード両面の写し等)の提出が必要となります。
詳しくはKKR年金相談ダイヤルまたは当会ホームページにてご確認いただきますようお願いいたします。

◎この届書の提出先は、国家公務員共済組合連合会(〒102-8082 東京都千代田区九段南1-1-10 九段合同庁舎)です。
ご不明な点は、KKR年金相談ダイヤル 0570-080-556(ナビダイヤル)
※0570におかけになれない場合 03-3265-8155(一般電話)へお問い合わせください。

(個人情報の利用目的について)

国家公務員共済組合連合会における個人情報保護法第15条第1項に規定する保有個人情報の利用目的は、次のとおりです。
--

1. 長期給付の決定及び支払
2. 長期給付に関する情報提供
3. 宿泊事業及び医療事業等の福祉事業に関する情報提供