

共済適用表示

様式第216号

遺族給付受給権者の障害該当届

33	34	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。												
夫または妻が受給権者の場合は、右の「夫または妻について」の欄もご記入ください。	夫または妻について	① 個人番号 (または基礎年金番号) および年金コード	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					
		年金証書記号番号 (国共)		A	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
	② 生年月日		大正・昭和・平成						年	月	日			
	障害の状態となった子・孫について	① 個人番号 および年金コード	個人番号											
			年金コード			年金コード			年金コード					
② 氏名					③ 生年月日	平成・令和		年	月	日				
④ 障害の状態に該当する原因となった疾病 または負傷の傷病名														
⑤ 国民年金法の障害等級(厚生年金保険法および国家公務員共済組合法の障害等級の1・2級)に該当する障害の状態となった年月日		平成・令和		年	月	日								
⑥ 生 計 同 一 申 立														
加算額の対象者(子)の氏名		生年月日			個人番号			障害の状態にありますか						
		平成・令和 年 月 日						ある・ない						
		平成・令和 年 月 日						ある・ない						
		平成・令和 年 月 日						ある・ない						
上記の加算額対象者は、受給権発生当時から引き続き生計を同じくしていることを申し立てる。														
令和 年 月 日														
受給権者(夫または妻)氏名														

令和 年 月 日提出

郵便番号 (—)

住 所

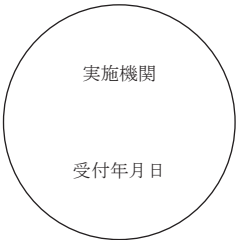
(フリガナ)

氏 名

電話番号 () — () — ()

(携帯番号も可)

受給権者



記入上の注意

②、③、⑤および⑥の元号は、該当する文字を○で囲んでください。

⑥には、加算額の対象者である子がある妻にあっては、下欄に引き続き生計を同じくしていることの申立をしてください。

この届出に添えなければならない書類

- 1 18歳到達日以後の最初の3月31日までの間にある子・孫または加算額対象者のうち国民年金法および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にある子があるとき(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。)は、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 次の病気やけがによるときは、レントゲンフィルム

ア 呼吸器系結核 イ 肺化のう症 ウ けい肺(これに類似するじん肺症を含む。)

エ その他認定又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ください。

◎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におかけにできない場合 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17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