

※裏面の「記入上の注意」をよく読んでからご記入ください。

共済適用表示

様式第229号

老齢厚生年金・退職共済年金 加給年金額加算開始事由該当届

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。

受給権者	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						
	年金証書記号番号 (国共)	A	—					—					—					
	② 生 年 月 日	昭和・平成・令和											年		月		日	
加給年金額の対象者	③氏名	フリガナ					④ 生年月日	昭和・平成・令和						年		月		日
	⑤ 個人番号						⑥ 受給権者との続柄					配偶者 子		1 2	⑦ 障害の状態に ある・ない			
	③氏名	フリガナ					④ 生年月日	昭和・平成・令和						年		月		日
	⑤ 個人番号						⑥ 受給権者との続柄					子		2	⑦ 障害の状態に ある・ない			
	③氏名	フリガナ					④ 生年月日	昭和・平成・令和						年		月		日
	⑤ 個人番号						⑥ 受給権者との続柄					子		2	⑦ 障害の状態に ある・ない			
	⑧ に配 ご偶 記者 入に くつ だ い さ て い 右 の 欄	a 現在、公的年金制度等から老齢・退職または障害を支給事由とする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。						
		b 受けているときは、その公的年金制度の名称およ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										名称 個人番号(または基礎年金番号)・年金コード等						
		c その支給を受けることとなった年月										昭和 平成 令和						
												年 月						

令和 年 月 日提出

郵便番号 (—)

住 所

(フリガナ)

受給権者

氏 名

印

※受給権者が自ら署名する場合には、押印は不要です。

電話番号
(携帯電話も可)

(—) — (—) — (—)

実施機関

受付年月日

生 計 維 持 申 立

上記の加給年金額の対象者は、老齢厚生年金の受給権を取得した当時(昭和16年4月2日以後に生まれた男子および昭和21年4月2日以後に生まれた女子で、特別支給の老齢厚生年金の受給権を有する方にあっては、特例支給を受けることができることとなった当時)、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

印

1. この届書は、以下のいずれかに該当したときにご提出ください。

- ① 特別支給の老齢厚生(退職共済)年金の受給権を取得した後に婚姻した配偶者および子があり、かつ老齢厚生年金の受給権を取得したことによりはじめてその額の計算の基礎となる被保険者期間の月数が240月以上となったとき。
- ② 特別支給の老齢厚生(退職共済)年金の受給権者(昭和16年4月2日以後に生まれた男子および昭和21年4月2日以後に生まれた女子に限り)が、特例支給を受けることができることとなったときに、加給年金額の対象者がいるとき(特別支給の老齢厚生年金の裁定時に配偶者および子について記入していた方で、他の届書等により生計維持の申立をおこなった方を除きます。)

2. 退職共済年金受給者で、老齢厚生年金額に加給年金額が加算されている場合は、あわせて退職共済年金加給年金額支給停止事由該当届をご提出ください。

記入上の注意

1. ②、④および⑦の元号は、該当する文字を○で囲んでください。
2. ③～⑦は、加給年金額の対象者についてご記入ください。

「加給年金額の対象者」とは、老齢厚生年金の受給権を取得した当時(昭和16年4月2日以後に生まれた男子および昭和21年4月2日以後に生まれた女子で、特別支給の老齢厚生年金の受給権を有する方にあっては、特例支給を受けることができることとなった当時)生計を維持し、かつ、次のいずれかに該当する方をいいます。

- (1) 配偶者(事実上の婚姻関係にある方を含む。)
- (2) 18歳到達日以後の最初の3月31日までの間にある子(昭和52年4月1日以前に生まれた子については18歳未満の子)
- (3) 厚生年金保険法または国家公務員共済組合法の障害等級の1級または2級に該当する障害の状態にある20歳未満の子

3. ⑥の続柄は、該当する文字(配偶者・子)のいずれかを○で囲んでください。
なお、「子」を○で囲んだ方は、⑦についてもご記入ください。
4. ⑦は、該当する文字(ある・ない)のいずれかを○で囲んでください。
5. ⑧には、老齢厚生年金を受ける方で配偶者(夫または妻)が加給年金額の対象者となっている場合に、ご記入ください。
(1) a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。
(2) a欄のアまたはイに該当する方は、b欄およびc欄もご記入ください。B欄は、⑤に配偶者の個人番号を記入した場合は、個人番号(または基礎年金番号)の記入は不要です。

「公的年金制度等」とは、次の制度をいいます。

- | | | | |
|---------------|--------------------|-----------------|-------------|
| 1 国民年金 | 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 旧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 | | |

6. 老齢厚生年金の受給権者で、加給年金額の対象者がある方は、下欄に生計を維持していることの申し立てをしてください。
7. 受給権者が自ら署名する場合には、押印は不要です。

この届書に添えなければならない書類

1. 加給年金額の対象者と受給権者との身分関係を明らかにできる、受給権者の戸籍の抄本(戸籍の一部事項証明書)または、戸籍の謄本(戸籍の全部事項証明書)
2. 加給年金額の対象者が、受給権者によって生計が維持されていることを確認できる①と②の書類(個人番号(マイナンバー)を記入した場合は、添付を省略できる場合があります。)
 - ① 世帯全員の住民票
※上記1で、受給権者の戸籍の抄本(戸籍の一部事項証明書)を添付する場合は、筆頭者欄の記載があるものが必要となります。
 - ② 加給年金額の対象者の収入または所得を確認することのできる所得証明書、課税(非課税)証明書、源泉徴収票等のうち、いずれかの書類
※収入のない方等は、「非課税証明書」の交付を受けてください。
3. 加給年金額の対象者のうち、厚生年金保険法または国家公務員共済組合法の障害等級の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。)
また、次の病気やけがによるときは、レントゲンフィルム

- | | | |
|-----------------------------|-----------|--------------------------|
| (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) その他認定または審査に際し必要と認められるもの | | |

4. ⑦欄でア、イを○で囲んだ方は、その恩給証書またはこれらに準ずる書類の写し

5. 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。
なお、加給年金額の対象者のマイナンバー確認書類および身元(実存)確認書類の添付は不要です。
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。

◆審査の過程で、添付していただいた書類以外の書類が必要になる場合がありますので、あらかじめご了承ください。

◎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. 長期給付の決定および支払
2. 長期給付に関する情報提供
3. 宿泊事業および医療事業等の福祉事業に関する情報提供