

加算額・加給年金額対象者の障害該当届

33

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	大正・昭和・平成											年		月	
障害の状態に該当となった対象者	③ 氏名	(フリガナ) (氏)										(名)				
	④ 生年月日	平成・令和											年		月	
⑤ 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																
⑥ 国民年金法の障害等級(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・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														

令和 年 月 日提出

郵便番号 (—)

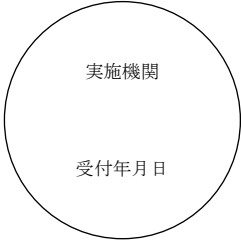
住所

受給権者 (フリガナ)

氏 名 ㊞

電話番号 (—) — (—) (携帯番号も可)

※受給権者が自ら署名する場合には、押印は不要です。



⑦ 生計維持申立

加算額・加給年金額の対象者の氏名	生年月日	個人番号	受給権者との続柄	障害の状態にありますか
	昭和・平成 年 月 日			ある・ない
	昭和・平成 年 月 日			ある・ない
	昭和・平成 年 月 日			ある・ない

上記の加算額・加給年金額の対象者は、加算の対象となったときから引き続き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 ㊞

記入上の注意

1. ②、④、⑥および⑦の元号は、該当する文字を○で囲んでください。
2. ⑦には、配偶者または子(18歳到達日以後の最初の3月31日までの間にある子、ただし、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、または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20歳未満の子)のある方は、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。
3. 受給権者が自ら署名する場合には、受給権者の押印は不要です。

この届出に添えなければならない書類

1. 加算額または加給年金額の対象者のうち国民年金法、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う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

◎この届
書の提出
先は、国家
公務員共
済組合連
合会(〒
102-8082
千代田区
九段南1-
1-10 九
段合同庁
舎)で
す。

ご不明な
点は、国家
公務員共
済組合連
合会(電話
番号 03-
3265-