連合会受付印

障害者・長期加入者特例に係る老齢厚生・退職共済年金在職支給停止一部解除届

特別支給の老齢厚生年金又は退職共済年金の受給者であって障害者特例や長期加入者特例に該当している方のうち、平成 28 年９月 30 日以前から引き続き同一の事業所に勤務している方が、短時間労働者にかかる厚生年金保険の適用拡大に伴い平成 28 年 10 月１に新たに被保険者となった場合に、在職支給停止の一部を解除するときの届

受給者	①年金証書の基礎年金番号									基礎年金番号								
	②年金証書の記号番号	A	—			—			—							—		
	③氏名	（フリガナ） （氏）								（名）								
	④生年月日	明治・大正・昭和・平成								年		月		日				
	⑤住所	（フリガナ） 〒　—																
		（電話番号）　—							—									

事業主証明欄	上記の受給権者について、平成28年9月30日以前から引き続き当事業所において勤務していることを証明します。 令和　年　月　日 事業所所在地 事業所名称 事業主名 電話番号

＜届出書の提出にあたって＞

連合会受付印

障害者・長期加入者特例に係る老齢厚生・退職共済年金在職支給停止一部解除届

特別支給の老齢厚生年金又は退職共済年金の受給者であって障害者特例や長期加入者特例に該当している方のうち、平成 28 年９月 30 日以前から引き続き同一の事業所に勤務している方が、短時間労働者にかかる厚生年金保険の適用拡大に伴い平成 28 年 10 月１に新たに被保険者となった場合に、在職支給停止の一部を解除するときの届

受給者	①年金証書の基礎年金番号	基礎年金番号	
	②年金証書の記号番号	A ― ― ― ―	
	③氏名	（フリガナ） （氏）	（名）
	④生年月日	明治・大正・昭和・平成	年 月 日
	⑤住所	（フリガナ） 〒 ― （電話番号） ― ―	

受給権者の年金証書の基礎年金番号・記号番号・氏名・生年月日・住所を記載してください。

事業主証明欄	上記の受給権者について、平成28年9月30日以前から引き続き当事業所において勤務していることを証明します。 令和　年　月　日 事業所所在地 事業所名称 事業主名 電話番号

事業主より証明を受けたうえで連合会へ提出してください。

※事業主からの証明がない場合、９月 30 日以前から継続して勤務していることが分かる書類