

厚生年金保険 年金受給権者障害者特例不該当届 繰上げ調整額停止届

(障害の状態に該当することにより特例支給または繰上げ調整額を受けている方の障害の程度が軽くなったときの届書)

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。									
個人番号(または基礎年金番号)											
年金証書の年金コード											
② 生 年 月 日		昭 和				年		月		日	
③ 国民年金法および厚生年金保険法の障害等級に該当する障害の状態でなくなった年月日		令 和				年		月		日	
※	停止年月日			事由							
	年	月	日	11	21						

令和 年 月 日 提出

郵便番号 □□□-□□□□

住 所

受給権者

(フリガナ)

氏 名

自宅の電話番号 () - () - ()

記入上の注意

※印欄には、記入しないでください。

◎生年月日は、たとえば、昭和16年10月4日生まれの場合は、

昭 和	1 6	年	1 0	月	0 4	日
-----	-----	---	-----	---	-----	---

のようにご記入ください。

◎黒インクのボールペンで記入してください。

実施機関等
受付年月日