



障害者・長期加入者特例に係る老齢厚生年金在職支給停止一部解除届

特別支給の老齢厚生年金の受給権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日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 基礎年金番号・年金コード		基礎年金番号				年金コード		
	② 生年月日		昭和	年	月	日			
	③ 受給権者の氏名		④ 受給権者の住所						
	(フリガナ)		(フリガナ)						
	(氏)	(名)	〒	-					
		印	(電話番号)				-	-	

自署の場合押印不要

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。	
	平成 年 月 日	
	事業所所在地	
	事業所名称	
	事業主名 印	
電話番号 ()-()-()		

【障害者・長期加入者特例に係る老齢厚生年金在職支給停止一部解除届の提出にあたって】



障害者・長期加入者特例に係る老齢厚生年金在職支給停止一部解除届

特別支給の老齢厚生年金の受給権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日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 基礎年金番号・年金コード		基礎年金番号				年金コード	
	② 生年月日		昭和	年	月	日		
	③ 受給権者の氏名		④ 受給権者の住所					
	フリガナ		〒	-				
氏名	(名)							
		印						
			(電話番号)	-	-	-	-	

自署の場合押印不要

受給権者の基礎年金番号・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。	
	平成	年 月 日
	事業所所在地	_____
	事業所名称	_____
	事業主名	_____ 印
電話番号	()-()-()	

事業主より証明を受けたうえで年金事務所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
(給与明細、雇用契約書等) の添付でも可。