

共済適用表示

老齢・障害給付 受給権者支給停止事由消滅届

(受給権者が下記④の事由に該当したときの届)

52 54 57 80

|                           |                                                      |                                                                                                                                                                 |  |                  |   |               |   |              |  |
|---------------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------|---|---------------|---|--------------|--|
| ① 年金証書の基礎年金番号<br>および年金コード |                                                      | 基礎年金番号                                                                                                                                                          |  |                  |   | 年金コード         |   |              |  |
| ② 生 年 月 日                 |                                                      | 大・昭・平                                                                                                                                                           |  | 年                | 月 | 日             |   |              |  |
| ③ 消滅の事由に該当した年月日           |                                                      | 昭和・平成                                                                                                                                                           |  | 年                | 月 | 日             |   |              |  |
| ④ 消 滅 の 事 由               |                                                      | ア 選択していた年金の受給権が消滅したため、または支給停止となったため<br>イ 厚生年金保険法、国家公務員共済組合法の障害等級に定める程度の障害の状態になったとき、または国民年金法の障害等級に定める程度の障害の状態になったとき（ただし、障害厚生年金が支給されているときを除く。）<br>ウ 支給停止期間が満了したため |  |                  |   |               |   |              |  |
| ⑤ 配偶者について、右の欄に記入してください。   | 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 |  |
|                           | 受けているときは、その公的年金制度等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              |   |               |   |              |  |
|                           | 基礎年金番号・年金コード                                         |                                                                                                                                                                 |  | 基礎年金番号・年金コード     |   |               |   |              |  |
|                           | その支給を受けることとなった年月日                                    |                                                                                                                                                                 |  | 昭和・平成            |   | 年             | 月 | 日            |  |

|             |           |   |   |    |            |                           |       |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
|-------------|-----------|---|---|----|------------|---------------------------|-------|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|---|
| ※ 支給停止解除 52 | 解 除 年 月 日 |   |   | 事由 | ※ 年金額改定 54 | ※配偶者基礎年金番号・年金コードの訂正・収録 80 |       |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
|             | 年         | 月 | 日 |    |            | 1                         |       |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
| ※ 年金額改定 54  | 改 定 年 月 日 |   |   | 事由 | ⑥ 状態表示     | ※ 支払調整 57                 | 調 整 額 |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
|             | 年         | 月 | 日 |    |            |                           | 基     | + | - |  |  |  |  |  |  |  |  | ※ |
|             | 付         | + | - |    |            |                           |       |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
|             | 上         | + | - |    |            |                           |       |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
|             | 独         | + | - |    |            |                           |       |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |   |

平成 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 ( )-( )-( )

㊞

⑥ 生 計 維 持 申 立

|            |                      |          |             |
|------------|----------------------|----------|-------------|
| 配偶者および子の氏名 | 生 年 月 日              | 受給権者との続柄 | 障害の状態にありますか |
|            | 大・昭・平<br>正 和 成 年 月 日 |          | あ る ・ な い   |
|            | 昭・平<br>和 成 年 月 日     |          | あ る ・ な い   |
|            | 昭・平<br>和 成 年 月 日     |          | あ る ・ な い   |

上記の者は、現在生計を維持していることを申し立てる。

平成 年 月 日

受給権者氏名

㊞

|               |   |   |    |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------|---|---|----|--|--|--|--|--|--|--|--|
| ⑦ 受給権者の住民票コード |   |   |    |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 0             | 7 | 0 | 届書 |  |  |  |  |  |  |  |  |

(裏面の「記入上の注意」をよく読んでから記入してください。)

## 記入上の注意

※印欄には、記入しないで下さい。

②の年号は・該当する文字を○印で囲んで下さい。生年月日は、たとえば、大正 15 年 6 月 1 日生まれの場合は、

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 大 | 昭 | 平 | 1 | 5 | 0 | 6 | 0 | 1 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

のように記入してください。

③には、④のアからウまでのいずれかに該当した年月日を記入してください。

④には、該当しているところの文字(ア・イ・ウ)を○印で囲んでください。

⑤には、年金を受ける方であって、配偶者(夫または妻)のいる方は配偶者の年金について、記入してください。

上欄は、該当する文字(ア・イ・ウ)のいずれかを○印で囲んでください。アまたはイに該当する方は、中欄および下欄にも記入してください。なお、「公的年金制度等」とは、次の制度です。

- |                       |                     |                  |                 |
|-----------------------|---------------------|------------------|-----------------|
| 1. 国民年金の障害年金および障害基礎年金 | 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. 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には、年金の受給権者で、加算額または加給年金額の対象者である配偶者および子(18 歳到達日以後の最初の 3 月 31 日までの間にある子<sup>(注)</sup>または国民年金法、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 20 歳未満の子)のある方は、下欄に引き続き生計を維持していることの中立てをしてください。

(注)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

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。

この届書に添えなければならない書類(年金が一部でも支給されているときは、添える必要はありません。)

④のアを○印で囲んだ方で老齢年金、老齢厚生年金および退職共済年金を受けようとするときは、1 から 4 までの書類と 6 の書類

④のアを○印で囲んだ方で障害基礎年金、障害厚生年金および障害共済年金を受けようとするときは、1 から 6 までの書類等

④のイまたはウを○印で囲んだ方は、1 から 5 までの書類等

- |                                                                                                                                                                    |                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| 1 受給権者の年金証書等                                                                                                                                                       | } これらにかえて<br>戸籍謄本でも<br>かまいません。 |
| 2 提出する日前 1 月以内に作成された受給権者の生存に関する市区町村長の証明書または戸籍抄本<br>(⑦欄に住民票コードを記載することで省略できます)                                                                                       |                                |
| 3 加算額または 加給年金額の対象者がある方は、その対象者と受給権者との身分関係を明らかにする<br>ことができる市区町村長の証明書または戸籍抄本(住民票でこれにかえることはできません。)                                                                     |                                |
| 4 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<br>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(厚生労働大臣から診断書が不要である旨の通知を受けてい<br>る方を除きます。)は、医師または歯科医師の診断書(この診断書の用紙は年金事務所にあります。) |                                |
| 5 (イ)医師または歯科医師の診断書(厚生労働大臣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。)<br>(ロ)次の病気やけがによって年金を受けている方は、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 その他認定又は審査に際し必要と認められるもの |         |                        |

6 支給を停止すべき事由が消滅したことを明らかにすることができる書類

この届書を提出する際に住所を変更している方は、住所変更届を、支払機関を変更している方は、支払機関変更届を、氏名を変更している方は、氏名変更届を添えてください。

実施機関等

受付年月日