

老齢・障害給付 受給権者支給停止事由消滅届

様式第 207 号

(受給権者が下記の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 および年金コード		基礎年金番号										年金コード					
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	1	5	0		
② 生 年 月 日		明・大・ <u>昭</u> ・平 1 3 5 7										年	月	日			
												○	○	○	○	○	○
③ 消滅の事由に該当した年月日		昭 和 ・ <u>平 成</u>										年	月	日			
												○	○	○	○	○	○
④ 消 滅 の 事 由		<u>ア</u> 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 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。） 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・年金コード等						
	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										
				01		2										
※ 年金額改定 54	改 定 年 月 日			事由	※ 年金額改定 54	※ 支払調整 57	調 整 額									
	年	月	日				25	基	付	上	独	※				
							基	付	上	独						

平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 提出

郵便番号 1 6 8 - 8 5 0 5

住 所 杉並区高井戸西3-5-24

受給権者

(フリガナ)

ネン キン 9 0 7

氏 名 年 金 太 郎

(印)

自宅の電話番号 (〇〇) - (〇〇〇〇) - (〇〇〇〇)

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
年金花子	明・大・ <u>昭</u> ・平 治 正 和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	妻	ある・ <u>ない</u>
	昭・平 和 成 年 月 日		ある・ない
	昭・平 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 〇〇年 〇〇月 〇〇日

受給権者氏名

年 金 太 郎

(印)