

共済適用表示

遺族給付受給権者の障害該当届

実施機関等

受付年月日

〔遺族給付の受給権者である18歳到達日以後の最初の3月31日まで
の間にある子・孫が障害の状態となったときの届書〕

33 34

基礎年金番号（10桁）で届出する場合は左記欄にご記入ください。

夫または妻について 夫または妻が受給権者の場合は、右の「夫または妻について」の欄もご記入ください。	① 個人番号（または基礎年金番号）および年金コード	個人番号（または基礎年金番号）											
		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		年 金 コ ー ド											
		1	4	5	0								
	② 生 年 月 日	大	・	昭	・	平	・	令					
		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		個人番号（または基礎年金番号）											
		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	③ 氏 名	年 金 道 子											
		④ 障害の状態に該当する原因となった疾病または負傷の傷病名											
左大腿骨仮関節													
⑤ 国民年金法の障害等級（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・2級）に該当する障害の状態となった年月日													
※ 障害関係変更・訂正 34	診 断 書			障害等級号	傷 病 名			差 引	有 期 固 定		診断書診査年月日		
	1	2	3		1	2	3		年 数	年 度			
※ 加対者変更 33	変 更 前						変 更 後						
	生 年 月 日						生 年 月 日						
	続 柄						続 柄						
	障 害						障 害						
障害区分													

令和 XX 年 XX 月 XX 日 提出

※印欄には記入しないでください。

郵便番号 168-0071

住 所 杉並区 高井戸西 3-5-24
〇〇マンションXXX号室

受給権者名

氏 名 年金 花 子

自宅の電話番号（ XX ）－（ XXXX ）－（ XXXX ）

⑥ 生 計 同 一 申 立

加算額の対象者(子)の氏名	生 年 月 日	受給権者(夫または妻)との続柄	障害の状態にありますか
年金 道子	平成・令和 XX 年 XX 月 XX 日	長女	ある・ない
	平成・令和 年 月 日		ある・ない
	平成・令和 年 月 日		ある・ない

上記の加算額対象者は、受給権発生当時から引き続き生計を同じくしていることを申し立てる。

令和 XX 年 XX 月 XX 日

受給権者(夫または妻)氏名

年金 花子

（裏面の「記入上の注意」をよく読んでからご記入ください。）