

# 記入上の注意事項

- この記入例は、老齢厚生年金を受け取っていた方が亡くなられて、一緒に生活していた配偶者（ご本人も老齢厚生年金を受けている）が、遺族年金を請求する場合のものです。
- 日本年金機構のホームページに年金請求書の記入方法を掲載しています。  
<https://www.nenkin.go.jp/tokusetsu/izokunenkinseikyuu.html>

記入方法等が確認  
できます。



【二次元コード】

＜請求書1ページ＞ 基礎年金番号や年金手帳記号番号が2つ以上ある場合は、窓口にお申し出ください。

年金請求書（国民年金・厚生年金保険遺族給付）  
 〔遺族基礎年金・特例遺族年金・遺族厚生年金〕  
 様式第105号

（注）1. 請求者が2名以上のときは、そのうちの1人について、この請求書にご記入ください。  
 2. その他の方については、「年金請求書（国民年金・厚生年金保険遺族給付）（別紙）」（様式第106号）に記入し、この年金請求書に添えてください。

〇  なかに必要事項をご記入ください。（◆印欄には、なにも記入しないでください。）  
 〇黒いボールペンで記入ください。鉛筆や、摩擦による濃度変化等により消色するインクを用いたペンまたはボールペンは、使用しないでください。  
 〇フリガナはカタカナで記入ください。

基礎年金番号 XXXXXXXXXX  
 生年月日 明・大・昭平 XXXXX  
 死亡した方 氏名 ネンキン タロウ 性別 1.男  
 年金 太郎  
 個人番号 XXXXXXXXXX  
 基礎年金番号 XXXXXXXXXX  
 請求者 生年月日 明・大・昭平・令 XXXXX  
 氏名 ネンキン ハナコ 続柄 妻 性別 1.男 2.女  
 年金 花子  
 住所の郵便番号 16800711 (フリガナ) スギナミ 高井戸西3丁目5番24号  
 社会保険労務士の提出代行者欄 電話番号 090 - XXXX - XXXX

記入不要

金融機関 (ゆうちょ銀行を除く)  
 1. 金融機関 (ゆうちょ銀行を除く)  
 2. ゆうちょ銀行 (郵便局)  
 公金受取口座として登録済の口座を指定

指定する口座が公金受取口座として登録済の場合は、してください。

加算額の対象者または加給金の対象者  
 氏名 (フリガナ) ネンキン ジロウ (氏) 年金 次郎  
 生年月日 令 XXXXX  
 障害の状態に ある ない  
 個人番号 XXXXXXXXXX  
 氏名 (フリガナ) (氏) 平  
 生年月日 令 XXXXX  
 障害の状態に ある ない

マイナンバーをご記入いただくことにより、毎年誕生月にご提出いただく「年金受給権者現況届」が原則不要となります。

マイナンバーをご記入いただいていない場合であっても、ご提出いただいた住民票情報等を基に、マイナンバー法に基づき、マイナンバーを登録させていただきます。

\* 共済組合等の加入期間がある方は、必ず個人番号(マイナンバー)及び基礎年金番号の両方をご記入ください。

金融機関またはゆうちょ銀行の証明を受けてください。なお、次の場合は、金融機関またはゆうちょ銀行の証明は必要ありません。

- ・ 預金通帳（貯金通帳）を持参する場合
- ・ 次のコピーのうちいずれか1点を添付する場合
  - ① 預金通帳（貯金通帳）
  - ② キャッシュカード
  - ③ 預金口座を明らかにすることができる金融機関が発行する書類
- ・ インターネット専門銀行等の口座番号がわかる画面をプリントアウトしたものを添付する場合
- ・ 公金受取口座として登録済の口座を指定する場合

注) 貯蓄口座では年金の受け取りができません。また、インターネット専門銀行の中には年金の受け取りができない銀行もありますのでご注意ください。

生計を同じくしている子がいる場合は、ご記入ください。

- 子の年齢要件は次のいずれかとなります。
  - ・ 18歳になった後の最初の3月31日まで
  - ・ 国民年金法施行令に定める障害等級1級・2級の障害の状態にある場合は20歳未満

「ある」を○で囲んだ場合は、診断書の提出が必要です。

<請求書3ページ>

⑦ あなたは、現在、公的年金制度等(表1参照)から年金を受けていますか。○で囲んでください。

|   |                                 |                              |             |       |
|---|---------------------------------|------------------------------|-------------|-------|
| <input checked="" type="radio"/> 1. 受けている | <input type="radio"/> 2. 受けていない | <input type="radio"/> 3. 請求中 | 制度名(共済組合名等) | 年金の種類 |
|---|---------------------------------|------------------------------|-------------|-------|

受けていると答えた方は下欄ご必要事項をご記入ください(年月日は支給を受けることになった年月日をご記入ください)。

| 公的年金制度名<br>(表1より記号を選択) | 年金の種類 | 年 月 日   | 年金証書の年金コードまたは記号番号等 |
|------------------------|-------|---------|--------------------|
| イ                      | 老齢    | 平成 2.14 | 1150               |
|                        |       |         |                    |
|                        |       |         |                    |

「年金の種類」とは、老齢または退職、障害、遺族をいいます

|                        |
|------------------------|
| ⑧ 年金コードまたは共済組合コード・年金種別 |
| 1                      |
| 2                      |
| 3                      |

|         |
|---------|
| ⑨ 他年金種別 |
|---------|

すでに年金を受け取っている場合、または、他の年金の請求手続きをしている場合は、必ず○で囲んでください。

請求者本人が年金を受け取っている場合、ご記入ください。原則として2つ以上の年金を同時に受け取ることはできません。いずれか一方の年金を選ぶことになります。

⑩ 履 歴 (死亡した方の公的年金制度加入経過)

※できるだけ詳しく、正確にご記入ください。

| (1) 事業所(船舶所有者)の名称および船員であったときはその船舶名 | (2) 事業所(船舶所有者)の所在地または国民年金加入時の住所 | (3) 勤務期間または国民年金の加入期間     | (4) 加入していた年金制度の種類                             | (5) 備 考 |
|------------------------------------|---------------------------------|--------------------------|---|---------|
| 最初                                 | 杉並区〇〇〇3-5-24                    | S41.9.19から<br>S44.9.9まで  | ①国民年金<br>2.厚生年金保険<br>3.厚生年金(船員)保険<br>4.共済組合等  |         |
| 2                                  | 〇〇建設(株)<br>△△支店<br>中央区〇〇〇1-1    | S44.9.10から<br>H12.9.19まで | 1.国民年金<br>②厚生年金保険<br>3.厚生年金(船員)保険<br>4.共済組合等  |         |
| 3                                  | 杉並区〇〇〇3-5-24                    | H12.9.20から<br>H18.9.19まで | ①国民年金<br>2.厚生年金保険<br>3.厚生年金(船員)保険<br>4.共済組合等  |         |
| 4                                  |                                 | ・ ・ から<br>・ ・ まで         | 1.国民年金<br>2.厚生年金保険<br>3.厚生年金(船員)保険<br>4.共済組合等 |         |
| 5                                  |                                 | ・ ・ から<br>・ ・ まで         | 1.国民年金<br>2.厚生年金保険<br>3.厚生年金(船員)保険<br>4.共済組合等 |         |
| 6                                  |                                 | ・ ・ から<br>・ ・ まで         | 1.国民年金<br>2.厚生年金保険<br>3.厚生年金(船員)保険<br>4.共済組合等 |         |
| 7                                  |                                 | ・ ・ から<br>・ ・ まで         | 1.国民年金<br>2.厚生年金保険<br>3.厚生年金(船員)保険<br>4.共済組合等 |         |
| 8                                  |                                 | ・ ・ から<br>・ ・ まで         | 1.国民年金<br>2.厚生年金保険<br>3.厚生年金(船員)保険<br>4.共済組合等 |         |
| 9                                  |                                 | ・ ・ から<br>・ ・ まで         | 1.国民年金<br>2.厚生年金保険<br>3.厚生年金(船員)保険<br>4.共済組合等 |         |
| 10                                 |                                 | ・ ・ から<br>・ ・ まで         | 1.国民年金<br>2.厚生年金保険<br>3.厚生年金(船員)保険<br>4.共済組合等 |         |
| 11                                 |                                 | ・ ・ から<br>・ ・ まで         | 1.国民年金<br>2.厚生年金保険<br>3.厚生年金(船員)保険<br>4.共済組合等 |         |
| 12                                 |                                 | ・ ・ から<br>・ ・ まで         | 1.国民年金<br>2.厚生年金保険<br>3.厚生年金(船員)保険<br>4.共済組合等 |         |
| 13                                 |                                 | ・ ・ から<br>・ ・ まで         | 1.国民年金<br>2.厚生年金保険<br>3.厚生年金(船員)保険<br>4.共済組合等 |         |

加入していた年金制度が国民年金のときは、記入は不要です。

|  |  |                       |                         |                           |                        |   |                         |                    |  |                      |  |
|--|--|-----------------------|-------------------------|---------------------------|------------------------|---|-------------------------|--------------------|--|----------------------|--|
| 必ずご記入ください。   | (1)死亡した方の生年月日、住所   |                       | 昭和27年9月20日              |                           | 住所                     |   | 〒168-0071 杉並区高井戸西3-5-24 |                    |  |                      |  |
|  | (2)死亡年月日   |                       | (3)死亡の原因である傷病または負傷の名称   |                           | (4)傷病または負傷の発生した日       |   |                         |                    |  |                      |  |
|  | 令和6年1月28日  |                       | 急性心不全                   |                           | 令和6年1月18日              |   |                         |                    |  |                      |  |
|  | (5)傷病または負傷の初診日   |                       | (6)死亡の原因である傷病または負傷の発生原因 |                           | (7)死亡の原因は第三者の行為によりますか。 |   |                         |                    |  |                      |  |
|  | 令和6年1月18日  |                       |                         |                           | 1. はい ・ 2. いいえ         |   |                         |                    |  |                      |  |
|  | (8)死亡の原因が第三者の行為により発生したものであるときは、その者の氏名および住所                     |                       | 氏名                      |                           |                        |   |                         |                    |  |                      |  |
|  |  |                       | 住所                      |                           |                        |   |                         |                    |  |                      |  |
|  | (9)請求する方は、死亡した方の相続人になりますか。                                     |                       |                         |                           | 1. はい ・ 2. いいえ         |   |                         |                    |  |                      |  |
|  | (10)死亡した方は次の年金制度の被保険者、組合員または加入者となつたことがありますか。あるときは番号を○で囲んでください。 |                       |                         |                           |                        |   |                         |                    |  |                      |  |
|  | ① 国民年金法  |                       | ② 厚生年金保険法               |                           | 3. 船員保険法（昭和61年4月以後を除く） |   |                         |                    |  |                      |  |
| 4. 廃止前の農林漁業団体職員共済組合法   |  | 5. 国家公務員共済組合法         |                         | 6. 地方公務員等共済組合法            |                        |   |                         |                    |  |                      |  |
| 7. 私立学校教職員組合法  |  | 8. 旧市町村職員共済組合法        |                         | 9. 地方公務員の退職年金に関する条例       |                        |   |                         |                    |  |                      |  |
| 10. 恩給法  |  |                       |                         |                           |                        |   |                         |                    |  |                      |  |
| (11)死亡した方は、(10)欄に示す年金制度から年金を受けていましたか。  |  | ① はい                  |                         | ② いいえ                     |                        | 受けていたときは、その制度名と年金証書の基礎年金番号および年金コード等を記入してください。 |                         | 制度名                |  | 年金証書の基礎年金番号および年金コード等 |  |
|  |  |                       |                         |                           |                        | 厚生年金  |                         | XXXXX-XXXXXXX-1150 |  |                      |  |
| (12)死亡の原因は業務上ですか。  |  | (13)労災保険から給付が受けられますか。 |                         | (14)労働基準法による遺族補償が受けられますか。 |                        |   |                         |                    |  |                      |  |
| 1. はい ・ 2. いいえ   |  | 1. はい ・ 2. いいえ        |                         | 1. はい ・ 2. いいえ            |                        |   |                         |                    |  |                      |  |
| (15)遺族厚生年金を請求する方は、下の欄の質問にお答えください。いずれかを○で囲んでください。   |  |                       |                         |                           |                        |   |                         |                    |  |                      |  |
| ア 死亡した方は、死亡の当時、厚生年金保険の被保険者でしたか。  |  |                       |                         |                           |                        | 1. はい ・ 2. いいえ                                |                         |                    |  |                      |  |
| イ 死亡した方が厚生年金保険(船員保険)の被保険者もしくは共済組合の組合員の資格を喪失した後に死亡したときであつて、厚生年金保険(船員保険)の被保険者または共済組合の組合員であつた間に発した傷病または負傷が原因で、その初診日から5年以内に死亡したものでしたか。 |  |                       |                         |                           |                        | 1. はい ・ 2. いいえ                                |                         |                    |  |                      |  |
| ウ 死亡した方は、死亡の当時、障害厚生年金(2級以上)または旧厚生年金保険(旧船員保険)の障害年金(2級相当以上)もしくは共済組合の障害年金(2級相当以上)を受けていましたか。   |  |                       |                         |                           |                        | 1. はい ・ 2. いいえ                                |                         |                    |  |                      |  |
| エ 死亡した方は平成29年7月までに老齢厚生年金または旧厚生年金保険(旧船員保険)の老齢年金・通算老齢年金もしくは共済組合の退職給付の年金の受給権者でしたか。  |  |                       |                         |                           |                        | 1. はい ・ 2. いいえ                                |                         |                    |  |                      |  |
| オ 死亡した方は保険料納付済期間 保険料免除期間および合算対象期間(死亡した方が大正15年4月1日以前生まれの場合は通算対象期間)を合算した期間が25年以上ありましたか。  |  |                       |                         |                           |                        | 1. はい ・ 2. いいえ                                |                         |                    |  |                      |  |
| ①アからウのいずれか、またはエもしくはオに「はい」と答えた方<br>⇒(16)にお進みください。   |  |                       |                         |                           |                        |   |                         |                    |  |                      |  |
| ②アからウのいずれかに「はい」と答えた方で、エまたはオについても「はい」と答えた方<br>⇒下の□のうち、希望する欄に☑を付けてください。  |  |                       |                         |                           |                        |   |                         |                    |  |                      |  |
| <input type="checkbox"/> 年金額が高い方の計算方法での決定を希望する。  |  |                       |                         |                           |                        |   |                         |                    |  |                      |  |
| <input type="checkbox"/> 指定する計算方法での決定を希望する。<br>⇒右欄のアからウのいずれか、またはエもしくはオを○で囲んでください。  |  |                       |                         |                           |                        |   |                         |                    |  |                      |  |
| ア・イ・ウ または エ・オ  |  |                       |                         |                           |                        |   |                         |                    |  |                      |  |
| (16)死亡した方が共済組合等に加入したことがあるときは、下の欄の質問にお答えください。   |  |                       |                         |                           |                        |   |                         |                    |  |                      |  |
| ア 死亡の原因は、公務上の事由によりますか。   |  |                       |                         |                           |                        | 1. はい ・ 2. いいえ                                |                         |                    |  |                      |  |
| イ 請求者は同一事由によって、追加費用対象期間 <sup>※</sup> を有することによる 遺族給付を共済組合から受けられますか。   |  |                       |                         |                           |                        | 1. はい ・ 2. いいえ                                |                         |                    |  |                      |  |
| <small>※公務員共済が設立される前(原則、国家公務員：昭和34年1月前、地方公務員：昭和37年12月前)の期間</small>   |  |                       |                         |                           |                        |   |                         |                    |  |                      |  |

交通事故など、死亡の原因が第三者の行為による場合は、その旨を窓口にお申し出ください。別途書類が必要です。

年金を受け取っていた方が亡くなった場合は、死亡届が必要です。また、亡くなった方が受け取るはずであった年金が残っているときは、「未支給年金・未支払給付金請求書」により請求することができます。(ただし一定の要件が必要です。)

<請求書7ページ>

| 生計維持申立  |  |  |   |
|---|--|--|---|
| ◎ 生計同一関係  | 右の者は、死亡者と生計を同じくしていたこと、および配偶者と子が生計を同じくしていたことを申し立てる。 |  |   |
|   | 令和XX年XX月XX日  | 請求者 住所<br>杉並区高井戸西3-5-24  | 氏名<br>年金 花子                                 |
| ◎ 収入関係  | 1. この年金を請求する方は次にお答えください。                           | ◆確認欄   | ◆年金事務所の確認事項                                 |
|   | (1) 請求者(名: 花子) について年取は、850万円未満ですか。                 | <input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ ( )印 | ア. 健保等被扶養者(第三号被保険者)                         |
|   | (2) 請求者(名: ) について年取は、850万円未満ですか。                   | <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ ( )印            | イ. 加算額または加給年金額対象者                           |
|   | (3) 請求者(名: ) について年取は、850万円未満ですか。                   | <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ ( )印            | ウ. 国民年金保険料免除世帯                              |
| 2. 上記1で「いいえ」と答えた方のうち、その方の収入がこの年金の受給権発生当時以降おおむね5年以内に850万円未満となる見込みがありますか。 | <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ |  | エ. 義務教育終了前<br>オ. 高等学校在学中<br>カ. 源泉徴収票・非課税証明等 |
| 令和 XX 年 XX 月 XX 日 提出  |  |  |   |

申立てを行った場合、同居の事実を明らかにすることができると世帯全員の住民票が必要です。

※請求書1ページでマイナンバーを記入した場合、その方の世帯全員の住民票は不要です。

収入関係については生計維持があったことを証明する書類が必要です。

「生計維持とは」  
以下の2つの要件を満たしているとき、「生計維持されている」といいます。

- ①生計同一関係があること  
例) ・住民票上、同一世帯である。  
・単身赴任、就学、病気療養等で、住所が住民票上は異なっているが、生活費を共にしている。
- ②配偶者または子が収入要件を満たしていること  
年収850万円(所得655.5万円)を将来にわたって有しないことが認められること。

※請求書1ページでマイナンバーを記入した場合、その方の収入について証明する書類は原則不要です。

<請求書12ページ>

| 委任状                         |  |         |  |
|-----------------------------|--|---------|--|
| 代理人 *ご本人(委任する方)がご記入ください。    |  |         |  |
| フリガナ                        | ネンキン サブロウ  | ご本人との関係 | 子  |
| 氏名                          | 年金 三郎  |         |  |
| 住所                          | 〒168-0071 電話 (090)XXXX-XXXX<br>杉並区高井戸西3-5-24 建物名   |         |  |
| 私は、上記の者を代理人と定め、以下の内容を委任します。 |  |         |  |
| ご本人 *ご本人(委任する方)がご記入ください。    |  |         |  |
| 基礎年金番号                      | XXXXXXXX-XXXXXX  | 作成日     | 令和XX年XX月XX日  |
| フリガナ                        | ネンキン ハナコ   | 生年月日    | <input checked="" type="radio"/> 昭和 22年 2月 15日<br><input type="radio"/> 平成<br><input type="radio"/> 令和 |
| 氏名                          | 年金 花子  |         |  |
| 住所                          | 〒168-0071 電話 (090)XXXX-XXXX<br>杉並区高井戸西3-5-24 建物名   |         |  |
| 委任する内容                      | ●委任する事項を次の項目から選んで○をつけ、5を選んだ場合は委任する内容を具体的に記入してください。<br>① 年金および年金生活者支援給付金の請求について ② 年金および年金生活者支援給付金の見込み額について<br>③ 年金の加入期間について ④ 各種再交付手続きについて 5. その他(具体的に記入してください。)<br>●年金に関する情報の交付について、希望の有無をA~Cの項目から選んで○をつけてください。<br>A. 代理人に交付を希望する B. 本人宛に郵送を希望する C. 交付を希望しない |         |  |

\*代理人は、運転免許証など代理人自身の本人確認ができるもの(文書による請求または照会の場合は写し)をご用意ください。

年金請求書の各欄の記入もれはありませんか？もう一度お確かめください。  
年金が決定された後に、年金請求書を提出された時点での記入もれの申し立てがありますと、すでに受け取った年金を調整する場合があります。  
もう一度、年金請求書の記載内容をお確かめください。