

障害基礎・老齢厚生・退職共済年金受給権者胎児出生届

|          |                           |                                       |         |        |    |    |            |      |    |   |   |       |   |   |    |
|----------|---------------------------|---------------------------------------|---------|--------|----|----|------------|------|----|---|---|-------|---|---|----|
| 54       | 57                        | *基礎年金番号（10桁）で届出する場合は左詰めでご記入ください。      |         |        |    |    |            |      |    |   |   |       |   |   |    |
| 受給権者     | 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）                       |         |        |    |    |            |      |    |   |   | 年金コード |   |   |    |
|          |                           | X                                     | X       | X      | X  | X  | X          | X    | X  | X | X | X     | X | X | X  |
| 加給年金額対象者 | ② 生年月日                    | 昭                                     | 平       | 令      | X  | X  | X          | X    | X  | X | X | X     | X | X | X  |
|          | ③ 出生した子の氏名、続柄および生年月日      | (フリガナ) ネンキン                           |         | ハナコ    |    | 続柄 |            | 生年月日 |    |   |   |       |   |   |    |
|          |                           | (氏) 年金                                |         | (名) 花子 |    | 長女 |            | 平成   | 令和 | X | X | X     | X | X | X  |
|          | ④ 個人番号（マイナンバー）            |                                       |         |        |    |    |            |      |    |   |   |       |   |   |    |
|          | ⑤ 生年月日および身分関係に関する証明       | 上記③に記載されている事項は、戸籍に記載されていることを証明する。     |         |        |    |    |            |      |    |   |   |       |   |   |    |
|          |                           | 令和 X X 年 X X 月 X X 日<br>市区町村長 機構 一郎 印 |         |        |    |    |            |      |    |   |   |       |   |   |    |
|          | ⑥ 出生した子が障害の状態にありますか       | あ る ・ な い                             |         |        |    |    |            |      |    |   |   |       |   |   |    |
| ※<br>54  | 改定年月日                     | 事由                                    | 加 対 者   |        |    |    | ※ 57 調 整 額 |      |    |   |   |       |   |   | 事由 |
|          | 年 月 日                     |                                       | 生 年 月 日 | 続柄     | 障害 |    |            |      |    |   |   |       |   |   |    |
|          |                           |                                       |         |        |    | 基  | 付          | 上    | 独  |   |   |       |   |   |    |
|          |                           |                                       |         |        |    | +  | +          | +    | +  |   |   |       |   |   |    |
|          |                           |                                       |         |        |    | ・  | ・          | ・    | ・  |   |   |       |   |   |    |

令和 X X 年 X X 月 X X 日 提出

郵便番号 1 6 8 - 0 0 7 1

受給権者

住 所 杉並区高井戸西3-5-24 O OマンションXXX号室  
(フリガナ) ネン キン タ ロウ  
氏 名 年 金 太 郎  
自宅の電話番号 ( X X ) - ( X X X X ) - ( X X X X )

この届書は、老齢厚生年金、退職共済年金の受給権者は、その額の計算の基礎となる被保険者期間の月数が240  
月以上（240月とみなされた場合を含む。）となるに至った当時、障害基礎年金の受給権者は、その権利を取得し  
た当時、胎児であった子が出生したときにご提出ください。

記入上の注意

※欄には記入しないでください。

②の年号は、該当する文字を○印で囲んでください。生年月日は、たとえば、昭和20年4月6日生まれの場合は、  
「 昭 ・ 平 ・ 令 2 0 0 4 0 6 」 のようにご記入ください。

◎黒インクのボールペンでご記入ください。

この届書に添えなければならない書類

- ⑤に証明を受けられないときは、出生した子の戸籍謄本（ご本人や出生した子の個人番号（マイナンバー）  
を記載することで添付を省略できます。）
- ⑥の「ある」を○印で囲んだ場合で国民年金法、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ときは、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。）