

年金請求書

【提出用】

(国民年金・厚生年金保険老齢給付)

受付登録コード
1 7 1 1

入力処理コード
4 3 0 0 0 1

シール貼付不要

8

市区町村
受付年月日

実施機関等
受付年月日

- 記入する箇所は の部分です。(注) は金融機関で証明を受ける場合に使用する欄です。)
- 黒インクのボールペンでご記入ください。*鉛筆や、摩擦等により消色するインクを用いたペンは使用しないでください。
- この年金請求書には、日本年金機構でお預かりしている情報をあらかじめ印字しています。印字内容が異なっている場合は、二重線を引いて訂正してください。(訂正印は不要です。)
*訂正した箇所については別途手続きが必要な場合がありますので、年金事務所等にご連絡ください。

1. ご本人情報

23 郵便番号
24 住所
フリガナ
21 氏名

見本

様

性別

社会保険労務士の提出代行者欄

個人番号※1 (マイナンバー)		2 生年月日	
1 基礎年金番号		電話番号※2	

- ※1 個人番号(マイナンバー)を記入された場合、個人番号カード(マイナンバーカード)等の提示または写しの提出が必要です。
詳しくは「年金請求のご案内」12ページをご確認ください。なお、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)をご記入ください。
- ※2 電話番号欄には、つながりやすい電話番号をご記入ください。

< 年金の請求時期 >

- 65歳の誕生日の前日(受給権発生日)以降に、年金の請求が可能です。

< 電子申請のご案内 >

- 「年金請求のご案内(電子申請用)」が同封されている方は、スマートフォンで老齢年金の請求手続き(電子申請)ができます。
 - ご自宅で手続きができ、郵送の手間がなく、処理状況の確認もできるため、ぜひご利用ください。
 - 申請手順は、同封の「年金請求のご案内(電子申請用)」をご覧ください。
- ただし、以下に該当する場合は、こちらの年金請求書を使用してお手続きください。
- ❖ 公金受取口座以外を年金受取口座に利用する場合
 - ❖ (65歳以上の場合で)年金を繰下げて受け取る場合

2. 受取開始時期の選択（支給繰下げ申出書）

（「年金請求のご案内」2,3ページ参照）

- 「年金請求のご案内」3ページの「老齢年金支給繰下げ請求の注意点」をご確認のうえ、希望する受取方法を老齢厚生年金・老齢基礎年金でそれぞれチェックし、下記の「受取開始時期の申出」欄に**チェック**をお願いします。
- 老齢厚生年金・老齢基礎年金ともに後日あらためて繰下げ請求予定の場合（③と⑥の組合せを希望する場合）は、現時点での請求書の記入・提出は不要です。**年金の受取希望時期に、この請求書をご提出ください。
※ 64歳前に年金請求書をお送りしている方は、請求時期についてお近くの年金事務所等にご相談ください。

年金の種類別	記入欄	受取開始時期
老齢厚生年金の受取方法	<input checked="" type="checkbox"/>	①65歳（受給権発生時点）から受け取ります。
	<input checked="" type="checkbox"/>	②現時点で繰り下げて請求します。（66歳以上の方のみ選択できます。）
	<input checked="" type="checkbox"/>	③今回は請求しません。後日あらためて繰下げ請求予定です。

年金の種類別	記入欄	受取開始時期
老齢基礎年金の受取方法	<input checked="" type="checkbox"/>	④65歳（受給権発生時点）から受け取ります。
	<input checked="" type="checkbox"/>	⑤現時点で繰り下げて請求します。（66歳以上の方のみ選択できます。）
	<input checked="" type="checkbox"/>	⑥今回は請求しません。後日あらためて繰下げ請求予定です。

受取開始時期の申出 （必ずチェックしてください。）	<input checked="" type="checkbox"/>	私は同封の「年金請求のご案内」3ページの「老齢年金支給繰下げ請求の注意点」の内容（年金額が増額される一方で、繰下げ待機期間中は 加給年金や振替加算が支給されない ことや繰下げによる増額により 社会保険料や税の負担が増加 する場合があること等）について確認しました。 老齢年金は、上記で選択した方法での受け取りを申出します。
------------------------------	-------------------------------------	--

3. 受取口座

見本

（「年金請求のご案内」4ページ参照）

（1）公金受取口座の利用意思

- 年金の受け取りに公金受取口座として登録済の口座を利用するかご記入ください。
登録済の公金受取口座を利用する場合は、通帳等の写しの添付や金融機関の証明は不要です。
- なお、公金受取口座を利用する場合も、必ず「（2）年金振込先」欄をご記入ください。

70 公金受取口座の利用意思	<input checked="" type="radio"/> ① 利用する	<input type="radio"/> ② 利用しない(または未登録)
----------------	---	---------------------------------------

（2）年金振込先

- 年金振込先として指定する口座をご記入ください。
- 貯蓄預金口座または貯蓄貯金口座への振込みはできません。

25 年金振込先	口座名義人カナ氏名 (セイ) (メイ)		29 預金種別 ① 普通 ② 当座	30 口座番号 (左詰めで記入)
	1 金融機関 26 金融機関コード	28 支店コード (フリガナ)		
	貯金通帳の記号 (左詰めで記入)		30 番号 (右詰めで記入)	
	金融機関またはゆうちょ銀行の証明欄		21 の氏名フリガナと、口座名義人カナ氏名が同じであることをご確認ください。	

（3）公金受取口座の登録意思

- 上記(1)で「2 利用しない(または未登録)」を選択された方は、上記(2)年金振込先を公金受取口座へ登録するかご記入ください。

71 公金受取口座の登録意思	<input checked="" type="radio"/> ① 登録する	<input type="radio"/> ② 登録しない
----------------	---	-------------------------------

公金受取口座については「年金請求のご案内」4ページをご参照ください。

6-1. 配偶者情報

(「年金請求のご案内」8,9ページ参照)

(1) 配偶者はいますか。

はい ↓ いいえ →

「いいえ」に該当する方は次ページへお進みください。

(2) 上記(1)で「はい」に該当する方は、次の①～④についてご記入ください。

① 配偶者の氏名、生年月日、個人番号(または基礎年金番号)、性別をご記入ください。

31	氏名 (フリガナ) ----- (氏) (名)	4	生年月日 大正 昭和 平成	年 月 日
3	個人番号 (または基礎年金番号)	性別	<input type="radio"/> 1. 男 <input type="radio"/> 2. 女	

② 配偶者の住所がご本人(年金を受ける方)の住所と異なる場合は、配偶者の住所をご記入ください。

郵便番号	-	
住所	(フリガナ) ----- 市 区 町 村 見本	

③ 配偶者について、現在請求中の公的年金があれば○で囲んでください。
(請求中の年金がない場合は記入不要です。)

公的年金制度名	年金の種類
<input type="radio"/> ア. 国民年金法 <input type="radio"/> イ. 厚生年金保険法 <input type="radio"/> ウ. 船員保険法	<input type="radio"/> 老齢または退職
<input type="radio"/> エ. 国家公務員共済組合法 <input type="radio"/> オ. 地方公務員等共済組合法 <input type="radio"/> カ. 私立学校教職員共済法	<input type="radio"/> 障害
<input type="radio"/> キ. その他 ()	<input type="radio"/> 遺族

④ 加給年金額および振替加算について生計維持関係に関する申立書をご記入ください。

ご本人(年金を受ける方)によって生計維持されている配偶者がいる場合、「加給年金額」が加算される場合があります。
また、ご本人(年金を受ける方)が配偶者によって生計維持されている場合「振替加算」が加算される場合があります。
※ 生計維持については、「年金請求のご案内」8ページをご確認ください。

生計維持関係に関する申立書

申立日 令和 年 月 日
(記入日)

1. 上記の配偶者と生計を同じくしていますか。該当するものを○で囲んでください。
(同居している場合や、単身赴任等で住所が異なっているが生活費を共にしている場合は生計を同じくしていることとなります。)

はい いいえ

2. 上記の配偶者または本人の年収について、該当するものを○で囲んでください。

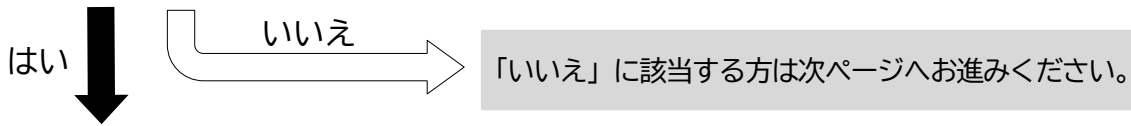
対象者	(1) 年収は850万円未満ですか。 (または所得655.5万円未満ですか。)	(1)で「いいえ」に○を付けた方のみご記入ください。 (2) おおむね5年以内に年収850万円(所得655.5万円)未満となる見込みがありますか。
配偶者 <small>(加給年金額に関する申立て)</small>	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
本人 <small>(振替加算に関する申立て)</small>	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ

6-2. 子の情報

(「年金請求のご案内」10ページ参照)

(1) 現在、生計維持している子のうち、以下のいずれかに該当する「子」はいますか。

- ① 18歳になった後の最初の3月31日までにいる子
- ② 20歳未満であって、国民年金法施行令別表に定める障害等級1級・2級の障害の状態にある子



(2) 上記(1)で「はい」に該当する方は、次の①～②についてご記入ください。

職員記入欄
別紙有無
<input type="checkbox"/> 有

- ① 子の氏名、生年月日、個人番号(マイナンバー)および障害の状態をご記入ください。
(4人目以降は、「加給年金額または子の加算額に係る別紙様式」にご記入ください。)

A欄	32 子の氏名 (フリガナ) (氏) (名)	32 生年月日 平成 令和 年 月 日	32 診
	個人番号 (マイナンバー)	障害の状態 ある・ない	
B欄	33 子の氏名 (フリガナ) (氏) (名)	33 生年月日 平成 令和 年 月 日	33 診
	個人番号 (マイナンバー)	障害の状態 ある・ない	
C欄	34 子の氏名 (フリガナ) (氏) (名)	34 生年月日 平成 令和 年 月 日	34 診
	個人番号 (マイナンバー)	障害の状態 ある・ない	

- ② 加給年金額について生計維持関係に関する申立書をご記入ください。

ご本人(年金を受ける方)によって生計維持されている子がいる場合、「加給年金額」が加算される場合があります。
※ 生計維持については、「年金請求のご案内」8ページをご確認ください。

生計維持関係に関する申立書		
	申立日 (記入日)	令和 年 月 日
1. 上記の子と生計を同じくしていますか。該当するものを○で囲んでください。 (同居している場合や、単身赴任等で住所が異なっているが生活費を共にしている場合は生計を同じくしていることとなります。)		
はい ・ いいえ		
2. 上記の子の年収について、該当するものを○で囲んでください。		
対象者	(1) 年収は850万円未満ですか。 (または所得655.5万円未満ですか。)	(1)で「いいえ」に○を付けた方のみご記入ください。 (2) おおむね5年以内に年収850万円 (所得655.5万円) 未満となる見込み がありますか。
A欄の子	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
B欄の子	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
C欄の子	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ

65歳より前に老齢厚生年金の受給権がある方

7. 雇用保険加入状況

(「年金請求のご案内」11ページ参照)

65歳になるまでの老齢厚生年金(特別支給の老齢厚生年金または繰上げ支給の老齢厚生年金)を請求する方は以下をご記入ください。

(1) 雇用保険に加入したことがありますか。

はい ・ いいえ

↓

(1)で「いいえ」を○で囲んだ方は(4)へお進みください。

(2) (1)で「はい」を○で囲んだ方は次の質問についてご記入ください。
年金請求書を提出する時点で、最後に雇用保険の被保険者でなくなった日から7年以上経過していますか。

はい ・ いいえ

↓

(2)で「はい」を○で囲んだ方は次ページへお進みください。

↓ **見本**

(3) (2)で「いいえ」に該当する方は雇用保険被保険者番号(10桁または11桁)を左詰めでご記入ください。

22 雇用保険被保険者番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※(3)に記入した場合、雇用保険被保険者証等の番号が確認できる書類の添付が必要です。詳しくは、「年金請求のご案内」16ページをご覧ください。

(4) (1)で「いいえ」に該当する方は雇用保険に加入していなかった理由について、次のアまたはイのいずれかをチェックしてください。

<input checked="" type="checkbox"/>	ア	雇用保険の加入事業所に勤めていたが、雇用保険の被保険者から除外されていたため。雇用保険法による適用事業所に雇用される者であるが、雇用保険被保険者の適用除外であり、雇用保険被保険者証の交付を受けたことがない。 (例 事業主、事業主の妻等)
<input checked="" type="checkbox"/>	イ	雇用保険に加入していない事業所に勤めていたため。雇用保険法による適用事業所に雇用されなかったため、雇用保険被保険者証の交付を受けたことがない。

※(5)は共済組合の加入期間がある方のみご記入ください。

(5) 60歳から65歳になるまでの間に、雇用保険の基本手当または高年齢雇用継続給付を受けていますか。(または受けたことがありますか。)(「はい」または「いいえ」を○で囲んでください。

はい ・ いいえ

3. 公的年金等の受給者の扶養親族等申告書

(「年金請求のご案内」13,14ページ参照)

提出年	令和 年	提出日	令和 年 月 日 提出	1	1	5	0
-----	------	-----	-------------	---	---	---	---

- (1) ご本人(年金を受ける方)のカナ氏名、生年月日、住所、基礎年金番号を確認し、氏名をご記入ください。
ご本人自身が障害者・寡婦等に該当しない場合は、下記事項を○で囲む必要はありません。

フリガナ		生年月日	
氏名			
住所			
郵便番号		電話番号	- -
基礎年金番号			

う 本人障害	1. 普通障害 2. 特別障害	え 寡婦等	1. 寡婦 2. ひとり親 地方税控除 (退職所得を除く) 4. 寡婦 5. ひとり親	お 本人所得	年間所得の見積額が 900万円を超える

見本

- (2) 上記の提出年の扶養親族等の状況についてご記入ください。

- うかきくについては「摘要」欄に記入が必要な場合があります。「年金請求のご案内」14ページの各欄の説明をご覧ください。
(ご本人に控除対象配偶者や扶養親族等がない場合は、下記事項を記入する必要はありません。)

あ	フリガナ		続柄	生年月日	う 障害	か 同居・別居 の区分 非居住者	きく 所得金額
	氏名	個人番号(マイナンバー)					
源泉控除対象 配偶者 または 障害者に該当す る同一生計 配偶者			1. 夫 2. 妻	1 明 3 大 5 昭 7 平 年 月 日	1. 普通障害 2. 特別障害	1. 同居 2. 別居 1. 非居住	万円(年間)
	配偶者の 区分	収入が年金のみで、以下のいずれかに該当する。 1. 65歳以上の場合、年金額が168万円以下 2. 65歳未満の場合、年金額が118万円以下			機構 使用欄 (本人所得と配偶者所得、 退職所得の有無から該 当するコードを記載)		
源泉控除 対象親族 (16歳以上)			1. 特定 2. 老人	1 明 3 大 5 昭 7 平 年 月 日	1. 普通障害 2. 特別障害	1. 同居 2. 別居 1. 非居住	58万円以下 58万円超 ~85万円以下 85万円超
			1. 特定 2. 老人	1 明 3 大 5 昭 7 平 年 月 日	1. 普通障害 2. 特別障害	1. 同居 2. 別居 1. 非居住	58万円以下 58万円超 ~85万円以下 85万円超
扶養親族 (16歳未満)				7 平成 9 令和 年 月 日	1. 普通障害 2. 特別障害	1. 同居 2. 別居 1. 非居住	58万円以下 58万円超
				7 平成 9 令和 年 月 日	1. 普通障害 2. 特別障害	1. 同居 2. 別居 1. 非居住	58万円以下 58万円超
う か き く	摘要						

- * 提出年より前に年金が受けられる場合は、過去の年分の扶養親族等申告書をすべて提出していただくことになります。(申告書は年金事務所に用意してあります。)
- * 「扶養親族(16歳未満)」欄は、地方税法第45条の3の3および第317条の3の3の規定による「公的年金等受給者の扶養親族等申告書」の記載欄を兼ねています。
- * 控除対象配偶者や扶養親族等の個人番号を確認する書類は提出する必要はありません。
(年金の支払者) 官署支出官 厚生労働省年金局事業企画課長 法人番号 6000012070001

4. 委任状

(「年金請求のご案内」15ページ参照)

(注) 代理人に委任せず、ご本人(年金を受ける方)が年金請求の手続きを行う場合は記入不要です。

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			ご本人 との関係	
氏名				
住所	〒	-	電話	- -

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。

作成日 令和 年 月 日

基礎年金 番号										
フリガナ			見本		生年月日	昭和	年	月	日	
氏名										
	(旧姓)									
住所	〒	-	電話	-	-					
委任する 内容	<p>●委任する事項を次の項目から選んで○で囲んでください。5.を選んだ場合は委任する内容を具体的にご記入ください。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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額について 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(具体的にご記入ください) <p>()</p> <p>●「年金の加入期間」や「見込額」などの交付について</p> <p>A. 代理人に交付を希望する B. 本人あて郵送を希望する</p>									

※「年金請求のご案内」15ページの注意事項をお読みいただき、記入漏れのないようにお願いします。

なお、委任状の記入内容に不備があったり、本人確認ができない場合はご相談に応じられないことがあります。

見本