

## 老齢基礎年金・老齢厚生年金 支給繰下げ申出書

平成19年4月1日以後に老齢厚生年金の受給権を有した方が老齢基礎年金または老齢厚生年金の繰下げを希望するときの申出書

※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。		課 所 符 号	進 達 番 号
① 個人番号(または基礎年金番号)			
② 氏 名	(フリガナ) (氏) (名)		
③ 生年月日	大正 ・ 昭和	年	月 日
④ 住 所	TEL ( )—( )—( )		
⑤ 繰下げを希望する年金に○印をご記入ください。	1. 老齢基礎年金の繰下げを申し出します。 2. 老齢厚生年金の繰下げを申し出します。 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">令和 年 月 日</div>		

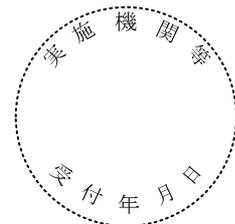
### 注 意 事 項

- 1 この申出書は、65歳以後に老齢基礎年金および老齢厚生年金の裁定の請求を行い、いずれかの年金について支給の繰下げを希望するときに必要な届書です。  
 なお、平成19年3月31日前に老齢厚生年金の受給権が発生した方は、様式第103号の申出書で届け出てください。

【詳しくは裏面をご覧ください】

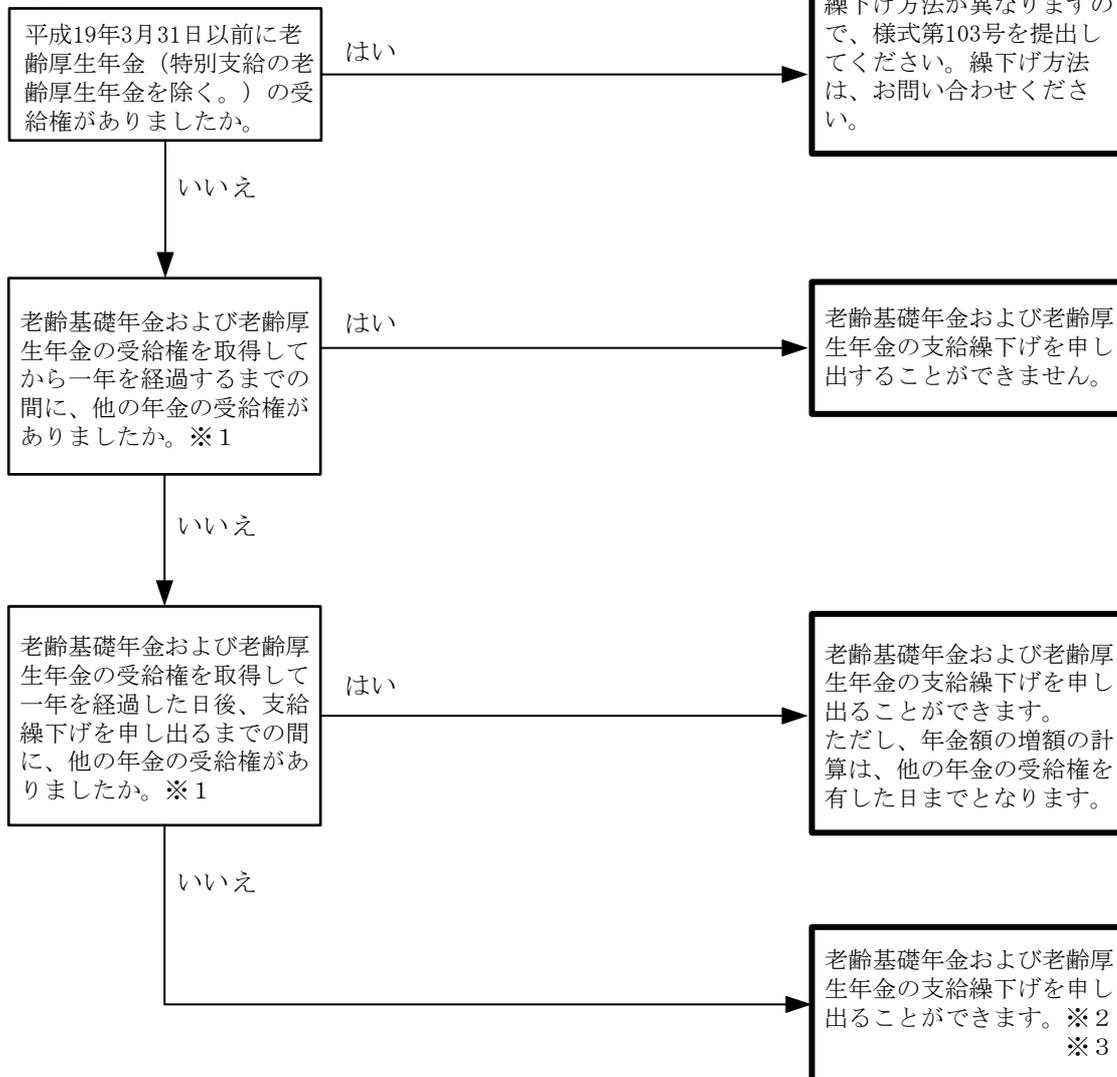
- 2 65歳の誕生日の前日から、66歳の誕生日の前日までに、他の年金（※）の受給権を有したことがあるときは、支給繰下げの申し出をすることができません。
- 3 66歳の誕生日以後、他の年金（※）の受給権を有したことがある方が、それ以後、支給繰下げの申し出をした場合は、他の年金の受給権を有した日において支給繰下げの申し出があったとみなされます。
- 4 この申請書は、年金請求書（国民年金・厚生年金保険老齢給付）（様式第101号）と同時に提出してください。
- 5 黒インクのボールペンで記入してください。鉛筆や、摩擦に伴う温度変化等により消色するインクを用いたペン又はボールペンは、使用しないでください。

※ 他の年金とは、老齢基礎年金の場合は、障害基礎年金・障害厚生年金・障害共済年金等の障害給付や遺族基礎年金・遺族厚生年金・遺族共済年金等の遺族給付をいいます。老齢厚生年金の場合は、上記の年金から障害基礎年金・旧法国民年金の障害年金を除いた残りの年金をいいます。



老齢基礎年金または老齢厚生年金の受給権を有してから一年を経過して、まだ裁定請求を行っていない人が、老齢基礎年金または老齢厚生年金の支給繰下げを申し出ることができます。

〈出発点〉



※1 他の年金が障害基礎年金のみの場合は、老齢厚生年金の繰下げはできます。

※2 支給の繰下げは、いずれか一方の年金のみ行うこともできます。  
 (例：老齢基礎年金は65歳から受給し、老齢厚生年金は66歳から繰下げ受給)  
 支給の繰下げは、老齢基礎年金と老齢厚生年金で異なる時期に申し出を行うことができます。  
 (例：老齢基礎年金は66歳から繰下げ受給、老齢厚生年金は67歳から繰下げ受給)

※3 共済組合等の加入がある方で、複数の老齢厚生年金の権利を有する方については、すべての老齢厚生年金について同時に繰下げをする必要があります。  
 なお、平成27年10月1日以前に65歳を迎え、複数の老齢厚生年金（退職共済年金）の権利を有する方のうち、一の年金を繰り下げずに請求し、他の年金について繰下げ請求しようとする場合は、平成27年9月30日に繰下げ請求があったものとみなされます。