

共済適用表示

様式207号

実施機関等
受付年月日

老齢・障害給付 受給権者支給停止事由消滅届

(受給権者が下記④の事由に該当したときの届)

52 54 57 80

*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。

① 個人番号(または基礎年金番号)		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	X	X	X	X
② 生年月日		大・昭平		X	X	年	X	X	月	X	X	日							
③ 消滅の事由に該当した年月日		昭和・平成 令和		X	X	年	X	X	月	X	X	日							
④ 消滅の事由		<input checked="" type="radio"/> ア 選択していた年金の受給権が消滅したため、または支給停止となったため <input type="radio"/> イ 厚生年金保険法、国家公務員共済組合法の障害等級に定める程度の障害の状態になったとき、または国民年金法の障害等級に定める程度の障害の状態になったとき(ただし、障害厚生年金が支給されているときを除く。) <input type="radio"/> ウ 支給停止期間が満了したため																	
⑤ 配偶者について、右の欄に記入してください。	現在、公的年金制度等から老齢・退職または障害を支給事由とする年金を受けていますか。		ア 老齢・退職の年金を受けている		イ 障害の年金を受けている		<input checked="" type="radio"/> ウ いずれも受けていない												
	受けているときは、その公的年金制度等の名称および個人番号(または年金証書の基礎年金番号)・年金コード、恩給証書等の記号番号		名 称		個人番号(または基礎年金番号)・年金コード														
	その支給を受けることとなった年月日		昭和・平成・令和		年		月		日										

※ 支給停止解除 52	解除年月日			事由	※ 年金額改定 54	※配偶者基礎年金番号・年金コードの訂正・収録 80												
	年	月	日			1												
※ 年金額改定 54	改定年月日			事由	※ 支払調整 57	調整額												
	年	月	日			※	基	+	-									
	付	+	-															
上	+	-																
		独	+	-														

令和 XX年 XX月 XX日 提出
 郵便番号 168-0071
 受給権者 住所 杉並区 高井戸西 3-5-24 OOアパートXX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 (XX) - (XXXX) - (XXXX)

⑥ 生計維持申立

配偶者および子の氏名	生年月日	個人番号(マイナンバー)	受給権者との続柄	障害の状態にありますか
年金花子	大昭平令正和成和 XX年XX月XX日	XXXXXXXXXXXX	妻	ある・ <input checked="" type="radio"/> ない
	昭平令和成和 年月日			ある・ ない
	昭平令和成和 年月日			ある・ ない

上記の者は、現在生計を維持していることを申し立てる。
 令和 XX年 XX月 XX日 受給権者氏名 年金太郎

(裏面の「記入上の注意」をよく読んでから記入してください。)