

記入上の注意事項

- この請求書は、以下の期間中に初診日がある場合にご提出ください。
 - ・国民年金加入期間
 - ・20歳前または60歳以上65歳未満（国内に住んでいる方のみ）の年金未加入期間
- 請求する方の状況に応じて、書き方が異なりますのでご注意ください。
- 日本年金機構のホームページに年金請求書の記入方法等が確認できる動画を掲載しています。
<https://www.nenkin.go.jp/tokusetsu/shougainenkinseikyu.html>

記入方法が動画で確認できます。



【二次元コード】

年金請求書(国民年金障害基礎年金)

様式第107号

二 次 元
コ ー ド

年金コード
5 3
6 3 5

- の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。)
- 黒インクのボールペンでご記入ください。
 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またはボールペンは、使用しないでください。
- フリガナはカタカナでご記入ください。

※個人番号(マイナンバー)で届出する場合は、本人確認書類が必要です。

① 個人番号(マイナンバー) X X X X X X X X X X X X X X X X

基礎年金番号 X X X X X X X X X X X X X X X X

② 生 年 月 日 昭・平・令 5 7 9 X X X X X X X X X X

⑩ 氏 名(氏) (フリガナ) ネンキン タロウ 性別 男・女 1 2
 年金 太郎

⑪ 住所の郵便番号 ⑫ (フリガナ) スギナミ タカイドニシ 3-5-24

1 6 8 0 0 7 1 住所 杉 並 市 区 町 村 高井戸西3丁目5番24号

マイナンバーを記入することにより、生年月日に関する書類の添付が不要になります。
 ただし、障害状態を確認するための診断書等の提出が必要となる場合があります。
 ※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。
 マイナンバーの登録後は、年1回の現況の確認(現況届)や住所変更の届出が原則不要になります。

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。

①欄を記入していない方は、次のことにお答えください。(記入した方は過去に厚生年金保険、国民年金または船員保険に加入したことがありますか「ある」と答えた方は、加入していた制度の年金手帳の記号番号をご記入)

厚生年金保険 国民年金
 船 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。

原則として、住民票住所をご記入ください。
 ただし、住民票住所と異なる居所を通知書等送付先とする場合には、例外的に年金請求書の住所欄に通知書等送付先を記入したうえで、別途、「住民基本台帳による住所等の更新停止・解除申出書」をご提出ください。

⑬ 年金受取機関 ※

- 金融機関(ゆうちょ銀行を除く)
- 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

※1または2に○をつけ、希望する年金の受取口座を下記必ずご記入ください。
 ※また、指定する口座が公金受取口座として登録済の場合は、左欄に記入してください。

(フリガナ) ネンキン タロウ
 口座名義人氏名 年金 太郎

⑭ 金融機関コード ⑮ 支店コード (フリガナ) ネンキン 銀行 (フリガナ) タカイド

金融機関 年金 太郎
 金融機関コード 支店コード

⑯ 貯金通帳の口座番号

記号(左詰め)で記入 番号(右詰め)で記入

※通帳等の写し、(金融機関名、支店名、口座名義人氏名フリガナ、口座番号(面))を

ゆうちょ銀行の通帳記号に枝番(ハイフンに引き続く数字)がある方のみご記入ください。

<受取機関>

金融機関またはゆうちょ銀行(郵便局)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(郵便局)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
- ・預金通帳(貯金通帳)、キャッシュカードおよび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のコピーのうち、いずれか1点を添付する場合
- ・インターネット専業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等を添付する場合
- ・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、インターネット専業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。

<ア欄 加算額の対象者>

⑦ 加算額の 対象者	⑨ 氏名 (フリガナ) ネンキン	⑩ 氏名 (フリガナ) ジロウ	⑪ 生年月日 平7・令9	⑫ 障害の状態に ある・ない	⑬ 診 断書
	⑭ 個人番号 X X X X X X X X X X X X X X X X	⑮ 個人番号 X X X X X X X X X X X X X X X X	⑯ 生年月日 平7・令9	⑰ 障害の状態に ある・ない	⑱ 診 断書
	* 3人目以降は余白等にご記入ください。				

連絡欄
 X線フィルムの送付
 有・無 枚
 X線フィルムの返送
 年 月 日

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
 ・国民年金法施行令別表に定める障害等級1級・2級の障害の状態にある場合は20歳未満
 ■併せて「㊤生計維持申立」欄の記入が必要です。

子のマイナンバーを記入いただくことで、戸籍の添付を省略できる場合があります。

「ある」を○で囲んだ場合は、診断書の提出が必要です。

<イ欄 請求者の年金および配偶者について>

① 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。

1. 受けている	② 受けていない	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に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）。

制度名（共済組合名等）	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
		・ ・	
		・ ・	
		・ ・	

「年金の種類」とは、老齢または退職、障害、遺族をいいます。

※あなたの配偶者について、ご記入ください。

④ 氏名 (フリガナ) ネンキン ハナコ	⑤ 生年月日	⑥ 基礎年金番号
年金花子	昭和XX年XX月XX日	XXXXX-XXXXXXX

⑦ 年金コードまたは共済組合コード・年金種別
 1
2
3
⑧ 他年金種別

他の年金を請求手続き中の場合もご記入ください。
 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。

請求者が配偶者の加給年金額対象者である場合、障害基礎年金を受けている間は配偶者の加給年金額が支給停止されます。該当する方は「加給年金額支給停止事由該当届」の提出が必要となる場合があります。

<⑦欄 障害について>

障害基礎年金を請求する傷病名のみご記入ください。
請求書に添付する診断書「①障害の原因となった傷病名」欄
をご確認ください。

「2. 事後重症による請求」を○で
囲んだ場合は、あてはまる理由を下
から選んで○で囲んでください。

⑦ 必ずご記入ください。

(1) この請求は左の頁にある「障害給付の請求事由」の1から3までのいずれに該当しますか。該当する番号を○で囲んでください。		☒ 1. 障害認定日による請求 ☐ 2. 事後重症による請求 ☐ 3. 初めて障害等級の1級または2級に該当したことによる請求	
「2」を○で囲んだときは右欄の該当する理由の番号を○で囲んでください。		1. 初診日から1年6月目の状態で請求した結果、不支給となった。 2. 初診日から1年6月目の症状は軽かったが、その後悪化して症状が重くなった。 3. その他（理由）	
(2) 過去に障害給付を受けたことがありますか。		1. はい 2. いいえ	
「1. はい」を○で囲んだときは、その障害給付の名称と年金証書の基礎年金番号および年金コード等をご記入ください。		名称 基礎年金番号・年金コード等	
(3) 障害の原因である傷病についてご記入ください。		1. 初診日から1年6月目の状態で請求した結果、不支給となった。 2. 初診日から1年6月目の症状は軽かったが、その後悪化して症状が重くなった。 3. その他（理由）	
傷病名		1. 脳出血	
傷病の発生した日		昭和 平成 令和 2年4月25日	
初診日		昭和 平成 令和 2年4月25日	
初診日において加入していた年金制度		1. 国年 2. 厚年 3. 共済 4. 未加入	
現在傷病は治っていますか。 ※		1. はい 2. いいえ	
治っているときは、治った日 ※		昭和 平成 令和 年 月 日	
傷病の原因は業務上ですか。		1. はい 2. いいえ	
この傷病について右に示す制度から保険給付が受けられるときは、その番号を○で囲んでください。請求中のときも同様です。		1. 労働基準法 2. 労働者災害補償保険法 3. 船員保険法 4. 国家公務員災害補償法 5. 地方公務員災害補償法 6. 公立学校の学校医、学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償に関する法律	
受けられるときは、その給付の種類の番号を○で囲み、支給の発生した日をご記入ください。		1. 障害補償給付（障害給付） 昭和 平成 令和 年 月 日	
障害の原因は第三者の行為によりですか。		1. はい 2. いいえ	
障害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をご記入ください。		氏名 住所	
(4) 国民年金に任意加入した期間について特別一時金を受けたことがありますか。		1. はい 2. いいえ	

※ 治った日」には、その症状が固定し治療の効果が期待できない状態に至った日も含みます。

初診日において20歳前または60歳以上65歳未満で厚生年金または共済組合に加入中でない場合は、「未加入」を○で囲んでください。

請求する傷病の原因が業務上である場合は、その下の欄の中から該当するものを○で囲んでください。

交通事故など、障害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。

用語の説明

〈初診日とは〉

初診日とは、障害の原因となった病気やけが（以下「傷病」といいます）について、初めて医師または歯科医師（以下「医師等」といいます）の診療を受けた日をいいます。

同一傷病で転医があった場合は、一番初めに医師等の診療を受けた日が初診日となります。

〈障害認定日とは〉

障害認定日とは、障害の程度を定める日のことで、その障害の原因となった傷病についての初診日から起算して1年6カ月を経過した日、または1年6カ月以内にその傷病がなおった場合（症状が固定した場合）はその日をいいます。

<㊦欄 生計維持申立>

請求者によって生計を維持されている子が加算対象者となる場合にご記入ください。

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。

㊦ 生 計 維 持 申 立						
生 計 同 一 関 係	右の子は請求者と生計を同じくしていることを申し立てる。			子	氏 名	続 柄
	令 和 X X 年 X X 月 X X 日	年金 二郎			次男	
	請 求 者 住 所 杉並区高井戸西3-5-24					
	氏 名 年金 太郎					
収 入 関 係	1. 請求者によって生計維持していた子についてご記入ください。		※確認欄	※年金事務所の確認事項		
	(1) (名: 二郎) について年収は、850万円未満ですか。	はい	()印	ア. 健保等被扶養者	* 請求書1ページで子のマイナンバーを記入した場合、収入について証明する書類は不要です。	
	(2) (名:) について年収は、850万円未満ですか。	はい・いいえ	()印	イ. 国民年金保険料免除世帯		
	(3) (名:) について年収は、850万円未満ですか。	はい・いいえ	()印	ウ. 義務教育終了前		
	2. 上記1で「はい」と答えた子のうち、その子の収入はこの年金の受給権発生時においては、850万円未満ですか。	はい・いいえ		エ. 高等学校在学中		
			オ. 源泉徴収票・課税証明書等			
令和 X X 年 X X 月 X X 日提出						

収入について証明する書類が必要です。

* 請求書1ページで子のマイナンバーを記入した場合、収入について証明する書類は不要です。

この欄は、収入関係1. で「はい」と答えた方のみ対象となります。

■ 個人番号(マイナンバー)による戸籍、住民票、所得証明書等の添付省略について

マイナンバーによる情報連携の仕組みを利用して、情報の取得を行うことにより、戸籍、住民票、所得証明書等の添付省略を行っています。

なお、以下の場合については、原則、戸籍、住民票、所得証明書等が必要となります。

- ・ マイナンバーにより情報連携ができない場合 (マイナンバーのご記入がない場合等)
- ・ 過去5年分より前の住民票又は所得証明書等が必要な場合
- ・ 令和4年1月10日以前に亡くなった方の情報を確認するために戸籍が必要な場合
- ・ 戸籍の電算化前に別の戸籍に移った方の情報を確認するために戸籍が必要な場合 (※)

※市区町村の電算化の時期によってはマイナンバーによる情報連携で確認ができない場合がありますので、ご了承ください。戸籍の電算化については、平成6年より順次行われており、令和2年9月28日に全市区町村で完了しています。