

年金請求書 (国民年金・厚生年金保険障害給付)

様式第104号

[障害基礎年金・障害厚生年金・障害手当金]

○ 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。

○請求者自ら署名する場合は、押印は不要です。

| | |
|--------|----|
| 年金コード | |
| 13 | |
| 430002 | 82 |

二次元コード

実施機関等

 受付年月日

基礎年金番号が交付されていない方は、①、②の欄に個人番号をご記入ください。
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請求者の個人番号※ (または基礎年金番号) | | | | | |
| ②配偶者の個人番号 (または基礎年金番号) | | | | | |
| ③生年月日 | | 昭・平 | 年 | 月 | 日 |
| ④氏名 | (フリガナ) | | | ⑤性別 | |
| | (氏) | (名) | | | 1. 男 2. 女 |
| ⑥住所 | 住所の郵便番号 | | (フリガナ) | | |
| | | | | 市区 町村 | |
| 電話番号1 | () - () - () | 電話番号2 | () - () - () | | |

| | | | | | | |
|----------------|--------|------|------|------|------|----------------|
| 課所符号 | 進達番号 | | | | | 10・20 21・22 |
| 船保資格 | 記録不要制度 | | | | | 作成原因 |
| 10・20 21・22 | (厚年) | (船員) | (国年) | (国共) | (地共) | (私学) |
| | | | | | | 02 |
| 船戦加 | 重 | 未保 | 支保 | 配状 | | |
| | | | | | | |

社会保険労務士の提出代行者印

(印)

*日中に連絡が取れる電話番号(携帯も可)をご記入ください。
*予備の電話番号(携帯も可)があればご記入ください。

※個人番号(マイナンバー)については、6ページをご確認ください。

| | | | | | | | | | |
|------------------------|-----------|-----------|-------|-----------|---|-------------------|--|----------------|-------------|
| ⑦ 年金受取機関 | | (フリガナ) | | | | | | | |
| 1. 金融機関 (ゆうちょ銀行を除く) | | 口座名義人氏名 | (氏) | (名) | | | | | |
| 2. ゆうちょ銀行(郵便局) | | | | | | | | | |
| 年金送付先 | 金融機関 | 金融機関コード | 支店コード | (フリガナ) | 銀行 金庫 信組 農協 信連 信漁連 漁協 | (フリガナ) | 本店 支店 出張所 本所 支所 | 預金種別 | 口座番号(左詰で記入) |
| | | ◆ | ◆ | | | | | 1. 普通 2. 当座 | |
| | ゆうちょ銀行 | 預金通帳の口座番号 | | | | 金融機関またはゆうちょ銀行の証明※ | | | |
| | 記号(左詰で記入) | | | 番号(右詰で記入) | | | ※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、口座番号の面)を添付する場合、証明は不要です。 ※請求者の氏名フリガナと口座名義人氏名フリガナが同じであることを確認してください。 ※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。 | | |
| | 支払局コード | ◆ | 1 | 0 | 0 | 8 | 9 | 9 | 6 |

| | | | | | | |
|-------|--------|-----|------|-------|----------------|--------|
| ⑧ 配偶者 | 氏名 | | 生年月日 | | 連絡欄 | |
| | (フリガナ) | | 大昭平 | 年 月 日 | | |
| ⑨ 子 | (氏) | (名) | 昭平 | 年 月 日 | 障害の状態 ある・ない | 診 ◆ |
| | (フリガナ) | | | 年 月 日 | | |
| | (氏) | (名) | 昭平 | 年 月 日 | 障害の状態 ある・ない | 診 ◆ |
| | (フリガナ) | | | 年 月 日 | | |

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

右の3ページを記入する際の注意事項

- 「年金を受けている」には、全額支給停止になっている年金がある場合も含まれます。

表1 公的年金制度等

| | |
|---|------------------------------------|
| ア. 国民年金 | キ. 廃止前の農林漁業団体職員共済組合 |
| イ. 厚生年金保険 | ク. 恩給 |
| ウ. 船員保険（昭和61年4月以後を除く） | ケ. 地方公務員の退職年金に関する条例 |
| エ. 国家公務員共済組合 （JT、JR、NTTの三共済組合を含む） （昭和61年4月前の長期給付に関する施行法を含む） | コ. 日本製鉄八幡共済組合 |
| オ. 地方公務員等共済組合 （昭和61年4月前の長期給付に関する施行法を含む） | サ. 改正前の執行官法附則第13条 |
| カ. 私立学校教職員共済 | シ. 旧令による共済組合等からの年金受給者 のための特別措置法 |
| | ス. 戦傷病者戦没者遺族等援護法 |

⑩
⑪

⑩および⑪で、「年金を受けている」または「請求中」を○で囲んだ方は、

- ・ 「公的年金制度名」…表1から該当する公的年金制度等の記号を選択し、ご記入ください。
- ・ 「年金の種類」……⑩では老齢（または退職）、障害のいずれかをご記入ください。
⑪では老齢（または退職）、障害、遺族のいずれかをご記入ください。
- ・ 「年 月 日」……年金を受けることとなった年月日をご記入ください。
（「年金を受けている」を○で囲んだ方のみご記入ください）

* 2つ以上の年金を受ける権利を得た場合は、原則として、どちらか一方の年金を選択することになり、もう一方の年金は支給停止となります。年金を選択する際には、「年金受給選択申出書」の提出が必要です。詳しくは、「ねんきんダイヤル」またはお近くの年金事務所までお問い合わせください。

- 履歴はあなたがはじめて公的年金制度（右ページ⑫の1～10）に加入したときから古い順にご記入ください。
- 事業所等の名称変更や所在地の変更、転勤などがあったときは、そのことがわかるように、それぞれの事業所等毎に必要な事項をご記入ください。

《記入例》

詳しくわからないときでも、郡市区名まではご記入ください。

詳しくわからないときでも、年月まであるいは何年の夏とか冬までといったようにご記入ください。

備考欄について

わかる方のみ以下の事項をご記入ください。

- 各事業所等の
 - ・ 健康保険被保険者証
 - ・ 船員保険被保険者証
 - ・ 共済組合員証等の記号および番号
- 厚生年金保険の事業所の整理記号（アルファベット）および被保険者番号（健康保険組合の設立されている事業所等の場合）
- 船員保険に加入したことがある人で海軍徴用期間があった場合は、その旨をご記入ください。

加入していた年金制度が国民年金のときは、記入不要です。

会社名だけでなく、支店・工場等についてもご記入ください。

| ⑫ 次の年金制度の被保険者または組合員等となったことがあるときは、その番号を○で囲んでください。 | | | | |
|--|---------------------------------|-----------------------|---|-------------|
| ⑬ 履 歴（公的年金制度加入経緯） *できるだけわくわく、正確にご記入ください。 | | | | |
| (1) 事業所（船舶所有者）の名称および船員であったときはその船舶名 | (2) 事業所（船舶所有者）の所在地または国民年金加入時の住所 | (3) 勤務期間または国民年金の加入期間 | (4) 加入していた年金制度の種類 | (5) 備 考 |
| 最初 (有) ○ ○ 商店 | 台東区台東 2-× | 29・4・1から 35・3・31まで | 1. 国民年金 2. 厚生年金保険 3. 厚生年金(船員)保険 4. 共済組合等 | |
| 2 | 杉並区高井戸西 3-× | 36・4・1から 38・3・31まで | 1. 国民年金 2. 厚生年金保険 3. 厚生年金(船員)保険 4. 共済組合等 | |
| 3 △ △ 化学 (株) | 江東区亀戸 5-×-× | 38・4・1から 41・3・31まで | 1. 国民年金 2. 厚生年金保険 3. 厚生年金(船員)保険 4. 共済組合等 | 江東 とる1△ |
| 4 △△化学 株 大阪工場 | 大阪市東区谷町 9-× | 41・4・1から 53・3・31まで | 1. 国民年金 2. 厚生年金保険 3. 厚生年金(船員)保険 4. 共済組合等 | 大手前 との3△ |
| 5 △△化学 株 大阪支店 | 大阪市西区北堀江 6-× | 54・4・1から 54・6・30まで | 1. 国民年金 2. 厚生年金保険 3. 厚生年金(船員)保険 4. 共済組合等 | |
| 6 △△化学 株 東京支店 | 江東区亀戸 5-×-× | 54・7・1から 平5・3・31まで | 1. 国民年金 2. 厚生年金保険 3. 厚生年金(船員)保険 4. 共済組合等 | |
| 7 | | ・ ・ から まで | 1. 国民年金 2. 厚生年金保険 3. 厚生年金(船員)保険 4. 共済組合等 | |
| 10 | | ・ ・ から まで | 1. 国民年金 2. 厚生年金保険 3. 厚生年金(船員)保険 4. 共済組合等 | |

⑩ あなたの配偶者は、公的年金制度等（表1参照）から老齢・退職または障害の年金を受けていますか。○で囲んでください。

| | | | | | |
|-------------------|----------------|---------------|--------|-------------|-------|
| 1. 老齢・退職の年金を受けている | 2. 障害の年金を受けている | 3. いずれも受けていない | 4. 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）。

| 公的年金制度名 (表1より記号を選択) | 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 | 年金コード [※] または共済組合コード [※] ・年金種別 |
|------------------------|-------|-------|--------------------|--|
| | | . . | | 1 |
| | | . . | | 2 |
| | | . . | | 3 |

「年金の種類」とは、老齢または退職、障害をいいます。

⑪ 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）。

| 公的年金制度名 (表1より記号を選択) | 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 | 年金コード [※] または共済組合コード [※] ・年金種別 |
|------------------------|-------|-------|--------------------|--|
| | | . . | | 1 |
| | | . . | | 2 |
| | | . . | | 3 |
| | | | | 他 年 金 種 別 |

「年金の種類」とは、老齢または退職、障害、遺族をいいます。

⑫ 次の年金制度の被保険者または組合員等となったことがあるときは、その番号を○で囲んでください。

- | | | |
|----------------------|----------------|------------------------|
| 1. 国民年金法 | 2. 厚生年金保険法 | 3. 船員保険法（昭和61年4月以後を除く） |
| 4. 廃止前の農林漁業団体職員共済組合法 | 5. 国家公務員共済組合法 | 6. 地方公務員等共済組合法 |
| 7. 私立学校教職員共済法 | 8. 旧市町村職員共済組合法 | 9. 地方公務員の退職年金に関する条例 |
| 10. 恩給法 | | |

⑬ 履 歴（公的年金制度加入経過）
*できるだけ詳しく、正確にご記入ください。

| (1) 事業所（船舶所有者）の名称および船員であったときはその船舶名 | (2) 事業所（船舶所有者）の所在地または国民年金加入時の住所 | (3) 勤務期間または国民年金の加入期間 | (4) 加入していた年金制度の種類 | (5) 備 考 |
|------------------------------------|---------------------------------|----------------------|---|---------|
| 最 初 | | . . から . . まで | 1. 国民年金 2. 厚生年金保険 3. 厚生年金(船員)保険 4. 共済組合等 | |
| 2 | | . . から . . まで | 1. 国民年金 2. 厚生年金保険 3. 厚生年金(船員)保険 4. 共済組合等 | |
| 3 | | . . から . . まで | 1. 国民年金 2. 厚生年金保険 3. 厚生年金(船員)保険 4. 共済組合等 | |
| 4 | | . . から . . まで | 1. 国民年金 2. 厚生年金保険 3. 厚生年金(船員)保険 4. 共済組合等 | |
| 5 | | . . から . . まで | 1. 国民年金 2. 厚生年金保険 3. 厚生年金(船員)保険 4. 共済組合等 | |
| 6 | | . . から . . まで | 1. 国民年金 2. 厚生年金保険 3. 厚生年金(船員)保険 4. 共済組合等 | |
| 7 | | . . から . . まで | 1. 国民年金 2. 厚生年金保険 3. 厚生年金(船員)保険 4. 共済組合等 | |
| 8 | | . . から . . まで | 1. 国民年金 2. 厚生年金保険 3. 厚生年金(船員)保険 4. 共済組合等 | |
| 9 | | . . から . . まで | 1. 国民年金 2. 厚生年金保険 3. 厚生年金(船員)保険 4. 共済組合等 | |
| 10 | | . . から . . まで | 1. 国民年金 2. 厚生年金保険 3. 厚生年金(船員)保険 4. 共済組合等 | |

右の5ページを記入する際の注意事項

1 障害認定日による請求

障害給付は、病気またはケガによってはじめて医師の診察を受けた日（初診日）から1年6月目（その期間内になおったときにはその日）に一定の障害の状態にあるときに受けられます（ただし、一定の資格期間が必要です）。この場合、年金請求書に添付する診断書は、初診日から1年6月目の障害状態がわかるものが必要です。なお、請求する日が、1年6月目より1年以上過ぎているときには、なおったことにより請求するときを除き、初診日から1年6月目の診断書と請求時点の診断書が必要となります（ただし、障害給付の決定を行う際に、他の時点の障害の状態がわかる診断書の提出を求めることがあります）。

⑭
(1)

2 事後重症による請求

1に該当しなかった人でもその後症状が悪化し、一定の障害の状態になったときには本人の請求により障害給付が受けられます。ただし、請求は65歳前に行わなければいけません。この場合、年金請求書に添付する診断書は、請求時における障害の状態がわかるものが必要です。また支給は請求した月の翌月分から行われます。

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

65歳前に一つの障害と他の障害とを合せて初めて2級以上の障害の状態になったときには障害給付が受けられます。この場合、年金請求書に添付する診断書は、初めて2級以上となったときのそれぞれの障害の診断書が必要です。

なお、この事由による請求は今までに2級以上の障害給付を受けたことがある人、または2級以上の障害状態になったことのある人は、行うことができません。また支給は請求した月の翌月分から行われます。

- 障害の原因について交通事故等、第三者の行為による際は、「第三者行為事故状況届」と証明書等の提出が必要です。詳しくは、「ねんきんダイヤル」またはお近くの年金事務所までお問い合わせください。

⑭
(3)

加給年金額（加算額）について

加給年金額（加算額）

〔ご本人（年金を受ける方）によって、生計を維持されている配偶者または子がいる場合、年金に加算されます。〕

- 障害等級が2級以上に該当する方で、その方に生計を維持されている下記の配偶者または子がいるときに支給されます。配偶者の加給年金額は障害厚生年金に、子については障害基礎年金に加算されます。

| 対象者 | 年齢制限 |
|-----|--|
| 配偶者 | 65歳未満であること (大正15年4月1日以前に生まれた配偶者には年齢制限はありません) |
| 子 | ・18歳になった後の最初の3月31日まで ・厚生年金保険法に定める障害等級1級・2級の障害の状態にある場合は20歳未満 |

配偶者が老齢（退職）年金（加入期間20年以上または中高齢の資格期間の短縮の特例の場合）または障害年金を受けている間は、加給年金額は支給停止されます。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。

加給年金に関する詳しい説明は、日本年金機構ホームページ(<http://www.nenkin.go.jp/>)に掲載していますので、ご利用ください。

| | | | | | |
|---|---|--|---|----------------------|----------------------|
| ⑭ 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・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。 | 傷 病 名 | 1. | 2. | 3. |
| | | 傷 病 の 発 生 し た 日 | 昭和 年 月 日 平成 | 昭和 年 月 日 平成 | 昭和 年 月 日 平成 |
| | | 初 診 日 | 昭和 年 月 日 平成 | 昭和 年 月 日 平成 | 昭和 年 月 日 平成 |
| | | 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 | 1. 国年 2. 厚年 3. 共済 | 1. 国年 2. 厚年 3. 共済 |
| | | 現在傷病はなっていますか。 | 1. はい・2. いいえ | 1. はい・2. いいえ | 1. はい・2. いいえ |
| | | なっているときは、なかつた日 | 昭和 年 月 日 平成 | 昭和 年 月 日 平成 | 昭和 年 月 日 平成 |
| | | 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) | | 2. 傷病補償給付(傷病年金) | |
| 障害の原因は第三者の行為によりですか。 | | 昭和 年 月 日 平成 | | | |
| 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 | | | | |

生 計 維 持 証 明

| | | | | | | |
|---|---|-----------------|-------------|---------------------|--|-----|
| ⑮ 生計同一関係 | 右の者は、請求者と生計を同じくしていることを申し立てる。(証明する) | | 配偶者 および子 | 氏 名 | | 続 柄 |
| | 平成 年 月 日 | 請求者 住所 (証明者) | | | | |
| | 氏 名 | (請求者との関係) | (印) | | | |
| | | | | | | |
| (注) 1. この申立は、民生委員、町内会長、事業主、年金委員、家主などの第三者の証明に代えることができます。 2. この申立(証明)には、世帯全員の住民票(コピー不可)を添えてください。 | | | | | | |
| ⑯ 収入関係 | 1. 請求者によって生計維持していた者についてご記入ください。 | | *確認印 | *年金事務所の確認事項 | | |
| | (1) 配偶者について年収は、850万円未満 ^㉓ ですか。 | はい・いいえ | ()印 | ア. 健保等被扶養者(第三号被保険者) | | |
| | (2) 子(名:)について年収は、850万円未満 ^㉓ ですか。 | はい・いいえ | ()印 | イ. 加算額または加給年金額対象者 | | |
| | (3) 子(名:)について年収は、850万円未満 ^㉓ ですか。 | はい・いいえ | ()印 | ウ. 国民年金保険料免除世帯 | | |
| | (4) 子(名:)について年収は、850万円未満 ^㉓ ですか。 | はい・いいえ | ()印 | エ. 義務教育終了前 | | |
| 2. 上記1で「いいえ」と答えた者のうち、その者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 ^㉓ ですか。 | | はい・いいえ | | オ. 高等学校在学中 | | |
| | | | | カ. 源泉徴収票・非課税証明等 | | |

(注) 平成6年11月8日までに受給権が発生している方は「600万円未満」となります。
*請求者が申立てを行う際に自ら署名する場合は、押印は不要です。

平成 年 月 日 提出

「個人番号(マイナンバー)」を記入する際の注意事項

- 1 ページに請求者本人の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る場合があります。また年1回の現況の確認(現況届)や住所変更等の提出が不要となります。
ただし、住民票の住所以外にお住まいの方など、住所変更の届出が必要となる場合があります。

- 記入されたマイナンバーは、マイナンバーが正しい番号であることの確認(番号確認)および提出する者が番号の正しい持ち主であることの確認(身元(実存)確認)が必要なため、以下の(1)または(2)をご提出ください。

(1) マイナンバーカード(個人番号カード)

番号確認と身元(実存)確認できる情報の両方が記載されているため、1種類で確認が可能です。

(2) 以下の2種類(㉞と㉟1種類ずつ)をご提出ください。

㉞ マイナンバーが記載されている書類から1種類

住民票(マイナンバー記載のもの)または通知カード

㉟ 身元(実存)確認のできる書類から1種類

運転免許証、旅券、*身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳、療育手帳、在留カード等

*身元(実存)確認のできる書類については、上記㉟以外にも添付可能な書類があります。ご不明な点等は年金事務所にお問い合わせください。

【窓口で提出される場合】

上記(1) マイナンバーカードまたは(2)の㉞と㉟1種類ずつの原本をご提示ください。

【郵送で提出される場合】

マイナンバーカードは、両面のコピーまたは(2)の㉞と㉟1種類ずつのコピーをご提出ください。

- ご記入いただいていない場合であっても、ご提出して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となります。

機構独自項目

⑰ 過去に加入していた年金制度の年金手帳の記号番号で、基礎年金番号と異なる記号番号があるときは、その記号番号をご記入ください。

| | |
|---------|---------|
| 厚生年金保険 | 国 民 年 金 |
| 船 員 保 険 | |

⑱ 「②配偶者の個人番号（または基礎年金番号）」欄を記入していない方は、あなたの配偶者について、つぎの 1 および 2 にお答えください。（記入した方は、回答の必要はありません）

1. 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。○で囲んでください。あ る な い

「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ください。

| | |
|---------|---------|
| 厚生年金保険 | 国 民 年 金 |
| 船 員 保 険 | |

2. あなたと配偶者の住所が異なるときは、下欄に配偶者の住所および性別をご記入ください。

| | | |
|---------|------------|------------|
| 住所の郵便番号 | 住 所 (フリガナ) | 性別 |
| | | 男 女 1 2 |

⑲ 個人で保険料を納める第四種被保険者、船員保険の年金任意継続被保険者となったことがありますか。 1. はい ・ 2. いいえ

「はい」と答えた人は、保険料を納めた年金事務所（社会保険事務所）の名称をご記入ください。

その保険料を納めた期間をご記入ください。 昭和 平成 年 月 日 から 昭和 平成 年 月 日

第四種被保険者（船員年金任意継続被保険者）の整理記号番号をご記入ください。 (記号) (番号)

| | | | | | |
|------------|-----------|-------------|------------|------------|-------|
| 上・外 | 初 診 年 月 日 | 障 害 認 定 日 | (外) 傷病名コード | (上) 傷病名コード | 診 断 書 |
| 上・外 1・2 | 元号 年 月 日 | 元号 年 月 日 | | | |
| (外) 等級 | (上) 等級 | 有 有 年 三 差 引 | | | |
| | | 元号 | | | |

| | | | | |
|-----|-----------------|-----------|---------------|-----|
| 基 礎 | 受 給 権 発 生 年 月 日 | 停 止 事 由 | 停 止 期 間 | 条 文 |
| | 元号 年 月 日 | | 元号 年 月 元号 年 月 | |
| | 失 権 事 由 | 失 権 年 月 日 | | |
| | | 元号 年 月 日 | | |

| | | | | |
|-----|-----------------|-----------|---------------|-----|
| 厚 生 | 受 給 権 発 生 年 月 日 | 停 止 事 由 | 停 止 期 間 | 条 文 |
| | 元号 年 月 日 | | 元号 年 月 元号 年 月 | |
| | 失 権 事 由 | 失 権 年 月 日 | | |
| | | 元号 年 月 日 | | |

| | | | |
|----|----------|----------------|-------------------------|
| ⑤⑩ | 共 済 コード | 共 済 記 録 1 | 2 |
| | 元号 年 月 日 | 元号 年 月 日 要件 計算 | 元号 年 月 日 元号 年 月 日 要件 計算 |
| | 3 | ⑤⑪ | 4 |
| | 元号 年 月 日 | 元号 年 月 日 要件 計算 | 元号 年 月 日 元号 年 月 日 要件 計算 |
| | 5 | | 6 |
| | 元号 年 月 日 | 元号 年 月 日 要件 計算 | 元号 年 月 日 元号 年 月 日 要件 計算 |

時効区分

代理人に手続きを委任される場合にご記入ください。

- 「代理人（委任を受ける方）」欄については、ご本人が決められた代理人の氏名、ご本人との関係、住所、電話番号をご記入ください。
- 「ご本人（委任する方）」欄については、委任状を記入した日付、ご本人の年金証書または年金手帳の基礎年金番号、氏名（旧姓がある方は、その旧姓もご記入ください）、生年月日、住所、電話番号をご記入ください。
なお、ご本人が必ず署名し、押印してください。
- 添付書類について
代理人の方の本人確認書類（以下の①～③のいずれか一つ）
 - ① 運転免許証
 - ② パスポート
 - ③ マイナンバーカード（個人番号カード）
*住民基本台帳カード（有効期間内のもので顔写真付に限る）は③マイナンバーカードと同様に取扱います。
 *運転免許証、パスポートまたはマイナンバーカードについては、「代理人」（委任を受ける方）欄に記入した氏名および住所と同じ記載であることが必要です。

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 *ご本人が必ず署名し、押印してください。

| | | | |
|--------|---|--------|----------|
| 基礎年金番号 | | 作成日 | 平成 年 月 日 |
| フリガナ | | 生年月日 | 昭和 年 月 日 |
| 氏名 | | | 平成 年 月 日 |
| 住所 | 〒 - | 電話 () | - |
| 委任する内容 | ●委任する事項を次の項目から選んで○をつけ、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。 1. 年金の請求について 3. 年金の見込額について 5. その他（具体的にご記入ください） 2. 年金の加入期間について 4. 各種再交付の手続きについて ●年金に関するデータの交付について、希望の有無をA～Cの項目から選んで○をつけてください。 A. 代理人に交付を希望する B. 本人宛に郵送を希望する C. 交付を希望しない | | |

*代理人は、運転免許証など代理人自身の本人確認ができるもの（文書による請求または照会の場合は写し）をご用意ください。