

様式第107号



6 3 0 0 0 2

年 金 コード	
5 3	5
6 3	

二 次 元
 コー ド

● のなかに必要な事項を記入してください。

（★◆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してください。

● フリガナはカタカナで記入してください。

市 区 町 村 ★	年金事務所
交付年月日	交付年月日

※基礎年金番号が交付されていない方は、「①基礎年金番号」欄は記入の必要はありません。									
① 基 礎 年 金 番 号									
② 生 年 月 日		昭 5	・	平 7	年		月		日
⑩ 氏 名 (フリガナ)		(氏)			(名)			性別 男・女 1 2	
⑪ 住所の郵便番号									
⑫ 住 所 (フリガナ)					市区町村				

③記録不要制度						作成原因	
(厚年)	(船員)	(国年)	(国共)	(地共)	(私学)	02	
④年金種別		⑤課 所 符 号			⑥進 達 番 号		
53 63							
⑦重無	⑧未保	⑨支保					

「①基礎年金番号」欄を記入していない方は、次のことにお答えください。（記入した方は回答の必要はありません。）
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
厚生年金保険				
国民年金				
船員保険				

[illegible]

○下記⑦加算額の対象者欄記入について
配偶者が「児童扶養手当」を受けており、障害年金の決定後に子の加算へ移行することを希望する場合のみ「障害基礎年金の子の加算請求に係る確認書」の内容をご確認のうえ記載してください。

⑦ 加算額の対 象 者		⑬ 氏 名		生 年 月 日			障害の状態	診	
(フリガナ)				平	年	月	日	障害の状態にある・ない	◆
(氏)		(名)		7					
(フリガナ)				平	年	月	日	障害の状態にある・ない	◆
(氏)		(名)		7					
(フリガナ)				平	年	月	日	障害の状態にある・ない	◆
(氏)		(名)		7					

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

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記入してください（年月日は支給を受けることになった年月日を記入してください）。

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、記入願います。

(フリガナ) 氏 名	生 年 月 日	基 礎 年 金 番 号

④年金コードまたは共済組合コード・年金種別				
1				
2				
3				
⑦ 他 年 金 種 別				

ご 注 意

配偶者が受給している年金の加給年金額の対象となっている場合、あなたが障害基礎年金を受けられるようになったときは、受給している加給年金額は受けられなくなります。
この場合は、配偶者の方より、「老齢・障害給付加給年金額支給停止事由該当届」をお近くの年金事務所または街角の年金相談センターへ提出していただく必要があります。

③⑧ 上・外	③⑨ 初 診 年 月 日	④⑩ 障 害 認 定 日	④⑪ 傷病名コード	④⑫ 診 断 書	④⑬ 等 級	④⑭ 有	④⑮ 有 年	④⑯ 三	④⑰ 差 引
上 . 外 1 2	元号 年 月 日	元号 年 月 日					元号		

④⑱ 受給権発生年月日	④⑲ 停止事由	④⑳ 停 止 期 間	④㉑ 条 文	失権事由	失 権 年 月 日
元号 年 月 日		元号 年 月 元号 年 月			元号 年 月 日

④㉒ 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
3		④㉓ 4		
	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
④㉔ 7	8			
	元号 年 月 日	元号 年 月 日	要件	計算
9				
	元号 年 月 日	元号 年 月 日	要件	計算

④㉕ 請求者の個人番号	④㉖
	時効区分

★ 市区町村 からの 連絡事項	未 納 保 険 料 の 納 付	有 昭和・平成 年 月分から 無 昭和・平成 年 月分まで	差 額 保 険 料 の 未 納 分 の 納 付	有 昭和・平成 年 月分から 無 昭和・平成 年 月分まで
	保 険 料 の 追 納	有 昭和・平成 年 月分から 無 昭和・平成 年 月分まで	検 認 票 の 添 付	
				有 ・ 無

㊦ 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

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

㊧ 履歴（公的年金制度加入経過）

請求者の電話番号（ ）－（ ）－（ ）

※できるだけ詳しく、正確に記入してください。

勤務先の電話番号（ ）－（ ）－（ ）

	(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	
11			・ ・ 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	
12			・ ・ 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	

㊨ 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」と答えた方は、保険料を納めた年金事務所の名称を記入してください。

その保険料を納めた期間を記入してください。

昭和 年 月 日 から 昭和 年 月 日

（記号） （番号）

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

④必ず記入してください。

(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記入してください。

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記入してください。

傷 病 名

1.

2.

3.

傷 病 の 発 生 し た 日

昭和 平成 年 月 日

昭和 平成 年 月 日

昭和 平成 年 月 日

初 診 日

昭和 平成 年 月 日

昭和 平成 年 月 日

昭和 平成 年 月 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

1. 国年 2. 厚年 3. 共済 4. 未加入

1. 国年 2. 厚年 3. 共済 4. 未加入

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、なおった日

昭和 平成 年 月 日

昭和 平成 年 月 日

昭和 平成 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記入してください。

1. 障害補償給付（障害給付）

2. 傷病補償給付（傷病年金）

昭和 平成 年 月 日

障害の原因は第三者の行為によりますか。

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記入

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

⑤生 計 維 持 証 明

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。）

平成 年 月 日

請求者 住所

（証明者）

氏 名

（請求者との関係：）

（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（第三者には、民法上の三親等内の親族は含まれません。）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。

3. 請求者が申立てを行う際に自ら署名する場合は、請求者の押印は不要です。

子

氏 名

続 柄

収入関係

1. 請求者によって生計維持していた方について記入してください。

(1)（名：）について年収は、850万円未満^(※)ですか。

はい・いいえ

(2)（名：）について年収は、850万円未満^(※)ですか。

はい・いいえ

(3)（名：）について年収は、850万円未満^(※)ですか。

はい・いいえ

2. 上記1で「いいえ」と答えた方のうち、その方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

※確認印

※年金事務所の確認事項

(※) 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。平成 年 月 日提出

○現在、配偶者が市（区）役所または町村役場から児童扶養手当を受けている方へ
障害年金の子の加算と児童扶養手当の両方を受けることはできません。
同一の子を対象としたお客様への障害年金の子の加算と、配偶者へ支払われている児童扶養手当は、どちらか一方のみ受給が可能です。

障害基礎年金の請求事由

1 障害認定日による請求

障害基礎年金は、病気またはケガによってはじめて医師の診療を受けた日（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月日より1年以上過ぎていているときには、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、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。）

2 事後重症による請求

1に該当しなかった方でもその後病状が悪化し、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基礎年金が受けられます。ただし、請求は65歳前に行う必要がありますが、この場合、年金請求書に添付する診断書は、請求時に受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わせて初めて2級以上の障害の状態になったときには障害基礎年金が受けられます。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級以上の障害基礎年金を受けたことがある方、または2級以上の障害の状態になったことがある方は、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。

この請求書に添えなければならない書類等

1 年金手帳、基礎年金番号通知書または被保険者証（添えることができないときはその事由書）

2 あなたの生年月日について明らかにすることができる、**戸籍の謄本**（戸籍の全部事項証明書）、**戸籍の抄本**（戸籍の個人事項証明書）、**戸籍の記載事項証明書**（戸籍の一部事項証明書）、**住民票※**（コピー不可）、**住民票の記載事項証明書**のうち、いずれかの書類（㊦欄に個人番号（マイナンバー）を記入して頂いた方は添付を省略できます。）

3 ㊦欄の加算額の対象者に該当する子がいるときは、次の書類等

〔加算額の対象者とは、あなたによって生計を維持されている18歳到達日以後の最初の3月31日までの間にある子（昭和52年4月1日以前に生まれた子については18歳未満の子）、または国民年金法施行令別表に定める1級または2級の障害の状態にある20歳未満の子をいいます。〕

ア 子の生年月日および子とあなたの身分関係を明らかにすることのできる、**戸籍の謄本**（戸籍の全部事項証明書）、**戸籍の抄本**（戸籍の個人事項証明書）、**戸籍の記載事項証明書**（戸籍の一部事項証明書）のうち、いずれかの書類

※㊦欄に個人番号（マイナンバー）を記入して頂いた方も添付が必要です。

※戸籍の抄本または戸籍の記載事項証明書は、子とあなたのそれぞれの書類が必要となります。

なお、項番2と合わせて1通の戸籍謄本でも結構です。

※住民票ではこれらの書類に代えることはできません。

イ 障害の状態にある子については、医師または歯科医師の診断書（この用紙は年金事務所または街角の年金相談センターにあります。）

ウ 障害の状態にある子の傷病が表2に示すものであるときは、**レントゲンフィルム**

4 ㊧欄で「受けている」と答えた方で、「表1 公的年金制度等」のうち、

ケ、シに該当する方は、**年金証書**

ク、サに該当する方は、**恩給証書**

コに該当する方は、**年金額決定(裁定)通知**

スに該当する方は、**年金証書**または**遺族給与金証書**

セに該当する方は、**年金証書・労災支給決定通知書（20歳前の傷病による障害基礎年金を請求される方のみ）**

※コピーでも差し支えありません。

5 「個人番号（マイナンバー）」について

- ご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）を提出してください。

（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（㊦と㊧1種類ずつ）を添付してください。

㊦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

㊧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㊧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㊦と㊧1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㊦と㊧1種類ずつのコピーを添付してください。

- 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になります。

- 6 ㉦欄の8～10までの番号を○で囲んだ方は、その制度の管掌機関から交付された**年金加入期間確認通知書（共済用）**
- 7 ㉦欄（3）「障害の原因は第三者によりますか」に「1. はい」と答えた方は、**第三者行為事故状況届**（この用紙は、年金事務所または街角の年金相談センターにあります。）
- 8 障害基礎年金を受けるべき日の状態についての**医師または歯科医師の診断書**（この用紙は、年金事務所または街角の年金相談センターにあります。）
- 9 傷病が表2に示すものであるときは、障害基礎年金を受けるべき日に撮影した**レントゲンフィルム**（ないときはその近くの日のものでもかまいません。）
- 10 ㉦欄の収入関係欄の1で「はい」と答えたときは、子についてそれぞれアからカまでのいずれかに該当することが確認できる書類。なお、年収850万円^(注)以上の方は加算額の対象者になりませんが、その収入がこの年金の受給権発生当時において、年収850万円^(注)未満である場合は、受給権発生時点でアからカまでのいずれかに該当していることが確認できる書類を添えてください。
- (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」となります。
- 11 **病歴・就労状況等申立書**（この書類は、年金事務所または街角の年金相談センターにあります。）

表1（公的年金制度等）

ア. 国民年金法	イ. 厚生年金保険法	ウ. 船員保険法（昭和61年4月以後を除く）
エ. 廃止前の農林漁業団体職員共済組合法	オ. 国家公務員共済組合法（昭和61年4月前の長期給付に関する施行法を含む）	
カ. 地方公務員等共済組合法（昭和61年4月前の長期給付に関する施行法を含む）		
キ. 私立学校教職員共済法	ク. 恩給法	ケ. 地方公務員の退職年金に関する条例
サ. 改正前の執行官法附則第13条	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	コ. 八幡共済組合
ス. 戦傷病者戦没者遺族等援護法	セ. 労働者災害補償保険法	

表2（国民年金法施行規則別表）

ア 呼吸器系結核	イ 肺化のう症	ウ けい肺（これに類似するじん肺症を含む。）
エ その他認定又は審査に際し必要と認められるもの		

履歴欄の記入方法

履歴はあなたがはじめて公的年金制度（表3）に加入したときから古い順に記入してください。

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記入してください。

《記入例》

くわしくわからないときでも、郡市区名までは記入してください。

くわ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記入してください。

備考欄について

わかる方のみ以下の事項を記入してください。

○各事業所等の
・健康保険被保険者証
・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）
および被保険者の番号
（健康保険組合の設立されている事業所等の組合）

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・工場名等についても記入してください。

② 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				
③ 履歴（公的年金制度加入経過） ※できるだけくわしく、正確に記入してください。				
(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	江東 とろ△
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	大手前 とろ△
5	△△化学(株)大阪支店	大阪市西区北堀江9-×	53. 4. 1 から 54. 6. 30 まで	
6	△△化学(株)東京支店	江東区亀戸5-×	54. 7. 1 から 平3. 3. 31 まで	
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	
12		・ ・ 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 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」と答えた方は、保険料を納めた年金事務所の名称を記入してください。				
その保険料を納めた期間を記入してください。		昭和 年 月 日 から 昭和 年 月 日		
第四種被保険者(船員年金任意継続被保険者)の整理記号番号を記入してください。		(記号) (番号)		

表3 公的年金制度：下の表に示す法律の年金制度をいいます。

ア. 国民年金法	イ. 厚生年金保険法	ウ. 船員保険法（昭和61年4月以後を除く）
エ. 廃止前の農林漁業団体職員共済組合法	オ. 国家公務員共済組合法	カ. 地方公務員等共済組合法
キ. 私立学校教職員共済法	ク. 旧市町村職員共済組合法	ケ. 地方公務員の退職年金に関する条例
コ. 恩給法		

留 意 事 項

- ◎すでに年金事務所に加入期間の照会をして回答を受けたことがある方は、できるかぎり、その回答書のコピーをこの請求書に添えてください。
- ◎米軍等の施設関係に勤めていたことがある方は、(1)欄に部隊名、施設名、職種をできるかぎり記入してください。
- ◎厚生年金の加給年金額対象者となっている方は「加給年金額支給停止事由該当届」を速やかに年金事務所または街角の年金相談センターに提出してください。
- ◎添付書類は、「コピー」、「コピー可」と記載されているもの以外は、原本を添付してください。
- ◎戸籍謄本、住民票等（年金請求等に用いることを目的として交付されたものを除きます。）の原本については、原本を提出したお客様から原本返却のお申出があった場合、職員がそのコピーをとらせていただいた上で、お返しいたします。（第三者証明、診断書等、原本返却できない書類もあります。）

【年金請求書の提出先】

この年金請求書は、市役所、区役所あるいは町村役場に提出してください。
ただし、国民年金第3号被保険者期間中に初診日のある方は、お近くの年金事務所に提出してください。
年金請求書の提出は郵送していただいても結構です。（郵送の場合、添付書類が揃っていることをご確認ください。）
※年金請求書の受付は、上記の提出先にかかわらず全国どこの年金事務所および街角の年金相談センターでも承っております。