

年金請求書（国民年金障害基礎年金）

様式第107号

届書コード			届書
7	2	1	

二	次	元
コ	ー	ド

⑥	市区町村
★	
受付年月日	

⑥	年金事務所
受付年月日	

年金コード			
5	3		
6	3	5	

- のなかに必要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。）
- フリガナはカタカナで記入してください。
- 請求者自ら署名する場合は、押印は不要です。

※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									
大・昭・平									
3 5 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									
住所コード									
(フリガナ)									
市区町村									

③ 記録不要制度			送 信	④ 年金種別	⑤ 進 達 番 号		
(厚年)	(船員)	(国年)		5 3			
(国共)	(地共)	(私学)		6 3			
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、つぎ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」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記入してください。									
あ る な い									
厚生年金保険									
国民年金									
船員保険									

⑬ 年金受取機関									
(フリガナ)									
1. 金融機関									
(ゆうちょ銀行を除く)									
2. ゆうちょ銀行（郵便局）									
口座名義人氏名									
⑭ 金融機関コード									
⑮ 支店コード									
(フリガナ)									
銀 行 組 協 連 信 信 漁 連 協									
(フリガナ)									
本 店									
支 店									
出 張 所									
本 所									
支 所									
⑰ 預金種別									
⑱ 口座番号（左詰めで記入）									
1. 普通									
2. 当座									
⑲ 貯 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(左詰めで記入)									
番号(右詰めで記入)									
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。									
※貯蓄口座は振込できません。									
印									
⑲ 支払局コード									
0 1 0 1 6 0									
※口座をお持ちでない方や口座でのお受取りが困難な事情がある方は、お受取り方法について、「ねんきんダイヤル」またはお近くの年金事務所にお問い合わせください。									

○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	⑲ 氏 名		生 年 月 日		障害の状態	診	連絡欄	
	(フリガナ)		平	7	年 月 日	障害の状態に ある・ない		◆
	(氏)	(名)						
	(フリガナ)		平	7	年 月 日	障害の状態に ある・ない		◆
	(氏)	(名)						
(フリガナ)		平	7	年 月 日	障害の状態に ある・ない	◆		
(氏)	(名)							
							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

④①年金コードまたは共済組合コード・年金種別

1

2

3

④⑦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。

※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

③⑧上・外	③⑨初診年月日	④⑩障害認定日	④①傷病名コード	④①診断書	④②等級	④③有	④④有年	④⑤三	④⑤差引
上・外 1 2	元号 年 月 日	元号 年 月 日					元号 年		

④⑥受給権発生年月日	④⑦止軸	④⑦停止期間	④⑧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

④⑨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	元号 年 月 日 元号 年 月 日 要件 計算	⑤①4 元号 年 月 日 元号 年 月 日 要件 計算
5	元号 年 月 日 元号 年 月 日 要件 計算	6 元号 年 月 日 元号 年 月 日 要件 計算
⑤①7	元号 年 月 日 元号 年 月 日 要件 計算	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	

⑤②死亡保留	⑤③追加区分
--------	--------

⑤④請求者の個人番号	⑤⑤時効区分	送信
------------	--------	----

★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 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 無 昭和・平成 年 月分まで
	保険料の追納	有 昭和・平成 年 月分 無 昭和・平成 年 月分まで	検認票の添付	有 ・ 無

⑦ 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	被保険者記録照会回答票の とおり相違ありません		・ ・ 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	氏名： ㊦		・ ・ 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

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)

㊨ 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

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。

⑤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) 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

(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

⑦ 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たことを申し立てる。（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：）

⑧

子

氏 名

続 柄

(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。

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、その方の収入がこの年金の受給権発生当時以降おおむね5年以内に850万円未満[※]となる見込みがありますか。

はい・いいえ

※確認印

()印

()印

()印

※年金事務所の確認事項

ア. 健保等被扶養者

イ. 加算額または加給年金額対象者

ウ. 国民年金保険料免除世帯

エ. 義務教育終了前

オ. 高等学校等在学中

カ. 源泉徴収票・非課税証明等

(※) 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。