

受付番号

届書コード 1 7 1 1

入力処理コード 4 3 0 0 0 1

## 年金請求書（国民年金・厚生年金保険老齢給付）

●この年金請求書には、共済組合等でお預かりしている情報をあらかじめ印字しています。  
**印字内容が異なっている場合は、二重線を引いて訂正してください。**  
 （訂正した箇所については別途手続きが必要ですので、共済組合等にご連絡ください。）

8

実施機関等

受付年月日

●記入する箇所は      の部分です（（注）      は金融機関で証明を受ける場合に使用する欄です。）。

●黒インクのボールペンでご記入するインクを用いたペン等は、使用しないでください

# 記入例

### 1. 年金を受ける方ご本人について印字内容を確認の上、太枠内をご記入ください。

23 郵便番号	102-0084
フリガナ	トウキョウト チヨダク ニバンチョウ2バンチ
24 住所	東京都 千代田区 二番町2番地
フリガナ	キョウサイ タロウ
21 氏名	共済 太郎 様
氏名欄	共済 太郎
	社会保険労務士の提出代行者欄

1 基礎年金番号	1234-567890	2 生年月日	昭和XX年10月2日
電話番号1	03 - 5210 - XXXX	電話番号2	090 - 5210 - XXXX

\* 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。

### 2. 年金の受取口座をご記入ください。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。

該当する数字を○で囲んでください。

受取機関	フリガナ	フリガナ	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) <input type="checkbox"/> 公金受取口座として登録済の口座を指定	口座名義人氏名	(氏) キョウサイ 共済	(名) タロウ 太郎

※ 1または2に○をつけ、希望する年金の受取口座を下欄に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、☑してください。(公金受取口座に付

該当する数字を○で囲んでください。

年金送金先	26 金融機関コード	28 支店コード	(フリガナ) コウジマチ	(フリガナ) 銀行 金庫 信組 農協 信連 信漁連 漁協	(フリガナ) バンチョウ	本行 支店 出張所 本所 支所	種別	口座番号(左詰めで記入)
	記入不要		麴町	番町	1	普通	1 2 3 4 5 6 7	
	ゆうちょ銀行		30 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)	

金融機関またはゆうちょ銀行の証明欄 ※

1ページの氏名フリガナと、口座名義人の氏名フリガナが同じであることを確認してください。

※公金受取口座を指定する場合、通帳またはキャッシュカードのコピーの添付または証明は不要です。

### 3. これまでの年金の加入状況についてご確認ください。

( ○○年○月 現在の年金加入記録を(2)に印字しています。)

(1) 次の年金制度の被保険者または組合員となったことがある場合は、枠内の該当する記号を○で囲んでください。

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

(2) 下記の年金加入記録をご確認のうえ、印字内容が異なっているところは**二重線を引いて訂正**してください。  
訂正した場合には「事業所(船舶所有者)の所在地または国民年金加入当時の住所」欄をご記入ください。

	事業所名称(支店名等)、船舶所有者名称または共済組合名称等	勤務期間または国民年金の加入期間(※)	年金制度	事業所(船舶所有者)の所在地または国民年金加入当時の住所	備考
1	厚生年金保険	(自)昭和XX.10.01 (至)昭和XX.04.01	厚年		
2	地方公務員等共済組合	(自)昭和XX.04.01 (至)平成XX.04.01	共済		

印字されている公務員共済組合期間に訂正がある場合は、別途手続きが必要です。共済組合にご連絡ください。  
また、国民年金または厚生年金保険の期間に訂正がある場合は、年金事務所にお問い合わせください。

(※) 厚年・船保・共済の(至)年月日については、退職日等の翌日を表示しています。

(3) 3ページ(続紙を含む)に印字されている期間以外に年金加入期間(国民年金、厚生年金保険、船員保険、共済組合)がある場合は、その期間を下欄にご記入ください。

	事業所名称(支店名等)、船舶所有者名称または共済組合名称等 (※1)(※2)	勤務期間または国民年金の加入期間	年金制度 (※3)	事業所(船舶所有者)の所在地または国民年金加入当時の住所
1		(自) (至)	国年 厚年 船保 共済	
2		(自) (至)	国年 厚年 船保 共済	
3		(自) (至)	国年 厚年 船保 共済	

## この欄の記入例

	事業所名称(支店名等)、船舶所有者名称または共済組合名称等 (※1)(※2)	勤務期間または国民年金の加入期間	年金制度 (※3)	事業所(船舶所有者)の所在地または国民年金加入当時の住所
1	〇〇会社(株) △△支店	(自) 昭和48. 10. 01 (至) 昭和49. 04. 01	国年 厚年 船保 共済	〇〇県△△市××町1-2-3
2	〇〇共済組合(□□市役所)	(自) 昭和49. 04. 01 (至) 昭和50. 10. 01	国年 厚年 船保 共済	△△県□□市◇◇町3-2-1

(※1) 加入していた年金制度が国民年金の場合、事業所名称の欄には「国民年金」とご記入ください。

(※2) 駐留軍の施設関係に勤めていたことがある方は、事業所名称欄に部隊名、施設名、職種をできるかぎり詳しくご記入ください。

(※3) 加入していた年金制度を○で囲んでください。

「国年」…… 国民年金法(第1号被保険者・第3号被保険者)

「厚年」…… 厚生年金保険法

「船保」…… 船員保険法

「共済」…… 国家公務員共済組合法、地方公務員等共済組合法、私立学校教職員共済法など

(4) 改姓・改名をしているときは、旧姓名および変更した年月日をご記入ください。

旧姓名	(フリガナ)	
	(氏)	(名)
変更日	昭和・平成・令和	年 月 日

旧姓名	(フリガナ)	
	(氏)	(名)
変更日	昭和・平成・令和	年 月 日

※(5)、(6)については年金受給資格期間(年金の受け取りに必要な期間)が300月以上の方はご記入不要です。

(5) 20歳から60歳までの期間で年金に加入していない期間がある場合は、その期間を下欄にご記入ください。

	20歳～60歳の加入していない期間	年齢	(3-2)ページの該当番号	学校や勤め先等 (自営業、専業主婦等)	住所 (市区町村)	婚姻した日 配偶者の勤め先	*職員使用欄
1	(自) 昭和XX年4月4日 (至) 昭和XX年3月31日	20歳 21歳	10	麹町大学	千代田区		
2	(自) 昭和XX年4月4日 (至) 昭和XX年3月31日	21歳 28歳	8		イギリス		
3	(自) (至)	歳 歳					
4	(自) (至)	歳 歳					

保険料納付済期間(厚生年金保険や共済組合等の加入期間を含む)及び保険料免除期間の合計が25年未満の場合は、必ずご記入ください。

(6) 配偶者(であった方も含みます)の氏名、生年月日、基礎年金番号を  
なお、婚姻履歴が複数ある場合は、任意の用紙に記入してください。

※8ページ5(1)に記入いただく場合は記入不要です。

カナ氏名	( )
漢字氏名	( )
生年月日	明治 大正 昭和 平成 ( )年( )月( )日
基礎年金番号	( ) ※基礎年金番号はわかる範囲でご記入ください。

## 4. 現在の年金の受給状況等および雇用保険の加入状況についてご記入ください。

(1) 現在、左の5ページ(表1)のいずれかの制度の年金を受けていますか。該当する番号を○で囲んでください。

1. 受けている (全額支給停止の場合を含む)    2. 受けていない    3. 請求中

### ① 「1.受けている」を○で囲んだ方

公的年金制度名 (表1より記号を選択)	年金の種類	(自) 年 月	48	年金証書の年金コード(4ケタ) または記号番号等
オ	・老齢または退職 <input checked="" type="radio"/> 障害 ・遺族	昭和 平成 XX 年 4 月 令和		86XX-0000012345
ア	・老齢または退職 <input checked="" type="radio"/> 障害 ・遺族	昭和 平成 XX 年 4 月 令和		1350
	・老齢または退職 ・障害 ・遺族	昭和 平成 年 月 令和		

### ② 「3.請求中」を○で囲んだ方

公的年金制度名 (表1より記号を選択)	年金の種類
	・老齢または退職 ・障害 ・遺族

すでに年金を受けている場合、また、他の年金の請求手続き中の場合は必ずご記入ください。  
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。年金受給選択申出書を提出し、いずれか一方の年金を選択していただくことになります。

↓ 加入した年金制度が国民年金のみの方は、次の(2)、(3)の記入は不要です。

(2) 雇用保険に加入したことがありますか。「はい」または「いいえ」を○で

はい    いいえ

「はい」を○で囲んだ方は下に雇用保険被保険者番号を記入し、雇用保険被保険者番号がわかるものの写しを提出してください。  
「いいえ」を○で囲んだ方は、下の事由書に記入してください。

### ① 「はい」を○で囲んだ方

雇用保険被保険者番号(10桁または11桁)を左詰めでご記入ください。

22	雇用保険被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	0
----	------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

### ② 「いいえ」を○で囲んだ方

下の「事由書」の「ア」または「イ」を○で囲み、氏名をご記入ください。

### 事由書

私は以下の理由により、雇用保険被保険者証等を添付できません。

(該当する項目を○で囲んでください。)

**ア. 雇用保険の加入事業所に勤めていたが、雇用保険の被保険者から除外されていたため。**

雇用保険法による適用事業所に雇用される者であるが、雇用保険被保険者の適用除外であり、雇用保険被保険者証の交付を受けたことがない。

**イ. 雇用保険に加入していない事業所に勤めていたため。**

雇用保険法による適用事業所に雇用されたことがないため、雇用保険被保険者証の交付を受けたことがない。

**ウ. 最後に雇用保険の被保険者でなくなった日から7年以上経過しているため。**

過去に雇用保険被保険者証の交付を受けたが、老齢厚生年金の年金請求書受付日において、最後に雇用保険被保険者の資格を喪失してから7年以上経過している。

氏名

(3) 雇用保険の基本手当または高年齢雇用継続給付を受給中または受給したことがある場合は、雇用保険受給資格者証の写しまたは高年齢雇用継続給付受給資格確認票の写しを提出してください。

はい    いいえ

\*これから受ける予定のある方は、共済組合等にお問い合わせください。

## 5. 配偶者・子についてご記入ください。

配偶者が いますか	<input checked="" type="radio"/> はい ・ <input type="radio"/> いいえ
--------------	---

ご本人の共済組合と厚生年金の合計の加入期間が20年未満である場合またはご本人が65歳到達時に配偶者が65歳以上である場合は、添付書類は不要です。

### (1) 配偶者についてご記入ください。

#### ① 配偶者の氏名、生年月日、個人番号(マイナンバー)(または基礎年金番号)、性別についてご記入ください。

31	氏名	(フリガナ) キョウサイ (氏) 共済	(フリガナ) ハナコ (名) 花子	4	生年月日	<input checked="" type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成	XX年 1月 22日								
3	個人番号 (または 基礎年金番号)	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	9	8	性別	1. 男 <input checked="" type="radio"/> 2. 女

※個人番号(マイ  
※基礎年金番号(

ご本人が65歳到達時に配偶者が、共済組合と厚生年金の合計加入期間が20年以上である老齢厚生年金の受給権を有している場合、加給年金額は必ず支給停止となります。加給年金額が支給停止となるため、加給年金額対象者の認定を希望しない場合は、その旨余白にご記入ください。

#### ② 配偶者の住所

郵便番号	
住所	都 道 市 区
	建物名

配偶者の住所が年金を受ける方の住所と異なるときは、共済組合にご連絡ください。

#### ③ 配偶者は現在、7ページの表1に記載されている年金を受けていますか。該当するものを○で囲んでください。

<input checked="" type="radio"/> 1. 老齢・退職の年金を受けている	<input type="radio"/> 3. 請求中
<input type="radio"/> 2. 障害の年金を受けている	<input type="radio"/> 4. いずれも受けていない

1. または2. を ○で囲んだ方 → 下の(2)へお進みください。

3. を○で囲んだ方 →

公的年金制度名 (表1より記号を選択)	年金の種類
	・老齢または退職 ・障害

公的年金制度名 (表1より記号を選択)	年金の種類	(自) 年 月	47	年金証書の年金コード(4ケタ)、 または記号番号等
イ	<input checked="" type="radio"/> 老齢または退職 <input type="radio"/> 障害	<input checked="" type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成 XX年 1月		1150
	・老齢 は退職	<input type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成		
	・障害	平成 令和		

配偶者が年金を受けている場合は記入してください。

### (2) 7ページに該当する子がいる場合には、氏名、生年月日、個人番号(マイナンバー)および障害の状態についてご記入ください(3人目以降は余白にご記入ください)。

32	子の氏名	(フリガナ)	(氏)	(名)	32	生年月日	平成 令和	年 月 日	32	診
	個人番号					障害の状態		ある ない		
									33	診

18歳になった後最初の3月31日までにいる子、または厚生年金保険法に定める障害等級1級・2級の障害状態にある20歳未満の子と生計を同じくしている場合は、記入してください。

## 6. 生計維持についてご記入ください。

8ページで記入した配偶者または子と生計を同じくしていることを申し立てる。

請求者 氏名	<b>共済 太郎</b>
-----------	--------------

配偶者または子と同一世帯ではない場合は、別途書類が必要となりますので、共済組合にご連絡ください。

### 【生計維持とは】

以下の2つの要件を満たしているとき、「生計維持されている」といいます。

#### ①生計同一関係があること

例)・住民票上、同一世帯である。

・単身赴任、就学、病気療養等で、住所が住民票上は異なっているが、生活費を共にしている。

#### ②配偶者または子が収入要件を満たしていること

年収850万円(所得655.5万円)を将来にわたって有しないことが認められる。

### ご本人(年金を受ける方)によって、生計維持されている配偶者または子がいる場合

(1) 該当するものを○で囲んでください(3人目以降の子については、余白を使用してご記入ください。)

配偶者または子の年収は、850万円未満ですか。		共済組合確認欄
配偶者について	<input checked="" type="radio"/> はい ・ いいえ	( )印
子(名: )について	<input checked="" type="radio"/> はい ・ いいえ	記入 ( )印
子(名: )について	<input checked="" type="radio"/> はい ・ いいえ	不要 ( )印

「はい」を○で囲んだ方は、添付書類が必要です。

(2) (1)で配偶者または子の年収について「いいえ」と答えた方は、配偶者または子の年収がこの年金の受給権(年金を受け取る権利)が発生したときから、おおむね5年以内に850万円(所得655.5万円)未満となる見込みがありますか。該当するものを○で囲んでください。

<b>はい ・ いいえ</b>	共済組合確認欄	( )印
-----------------	---------	------

「はい」を○で囲んだ方は、添付書類が必要です。

令和 **XX** 年 **4** 月 **1** 日 提出

# 公務員共済独自項目

## 退職一時金受給額の返還に係る項目

「あなたが受給した退職一時金に係る返還見込額」欄に返還額の記載のある方のみ、下記の「返還方法」及び「氏名欄」にご記入ください。

退職一時金に係る返還見込額が、\* 円の場合は、記入不要です。

### ○あなたが受給した退職一時金に係る返還見込額

あなたが退職時に受給した退職一時金に係る返還見込額は、次のとおりです。

退職一時金に係る返還見込額	600,000円
---------------	----------

※上記の金額は、支給開始年齢到達時において老齢厚生年金の受給権が発生した場合の見込額です。実際の年金決定において受給権発生時点が異なった場合は、返還額も異なる場合がありますのでご了承ください。

※退職一時金を2回以上受給している方については、合算して返還見込額を記載してください。

### ○返還方法

希望する返還方法の番号

1	年金の支給期ごとの支給額を2分の1を返還に充てる。 (年金から控除されますので、手続きが不要です。)
2	1年以内に現金で一括または分割して返還する。 (現金での返還の場合、 <u>払込</u> 手続きが必要となります。) ※後日、払込手続きについて、共済組合からご案内させていただきます。

過去に一時金を受給したことがあり、返還が必要となる方は、返還見込額が記載されていますので、返還方法および氏名の記入をお願いします。

※「2」により現金での返還を希望された場合でも、1年以内に全額の返還が行われていない場合は、「1」の返還方法に変更させていただきますので、ご了承ください。

上記の返還方法で返還することを申し立てます。

氏名欄	共済 太郎
-----	-------

## 給付制限事項に係る項目

次の事項に関して該当する場合は、番号を○で囲んでください。

1	組合員として懲戒免職または停職の処分を受けたことがある。
2	組合員として退職手当の支給制限等処分を受けたことがある。
3	禁錮以上の刑に処せられたことがある。

給与所得がある方が申告書を提出した場合などは、この年金とは別の所得にも重複して所得控除が行われることになるため、確定申告により所得税額を納付することになる場合がありますので、ご注意ください。  
また、年金からの所得控除（寡婦控除、障害者控除、配偶者控除、扶養控除などの人的控除）を希望される方のみ、この申告書をご記入ください（記入がない場合でも、本人分の公的年金等控除・基礎控除が適用されます。）。

対象年(提出年)	令和 <b>XX</b> 年	分 公的年金等の受給者の扶養親族等申告書
----------	----------------	----------------------

(1)ご本人のカナ氏名、生年月日、住所、基礎年金番号を確認し、氏名および個人番号(マイナンバー)をご記入ください。

氏名	キョウサイ タロウ <b>共済 太郎</b>	生年月日	XX年XX月XX日
----	---------------------------	------	-----------

住所	京都 千代田区 二番町 2 番地
個人番号(マイナンバー)	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

提出日	令和 XX 年 4 月 1 日 提出	<input type="radio"/> え 本人障害	<input type="radio"/> お 寡婦等	<input type="radio"/> き 年金を請求する年の所得金額(見積額)の区分を記入してください。	<input type="radio"/> く 退職所得が含まれている場合は、退職所得を除いた所得金額を記入してください。
電話番号	03 - 5210 - XXXX	<input type="radio"/> 障害	<input type="radio"/> 寡婦		

(2)上記の対象年の扶養親族等の状況についてご記入ください。  
え か については「摘要」欄に記入が必要な場合があります。19ページの各欄の説明をご覧ください。  
(ご本人に控除対象配偶者や扶養親族がなく、ご本人自身が障害者・寡婦等に該当しない場合は、下記事項を記入する必要はありません)

あ	氏名(フリガナ)		続柄	生年月日	え	か	き	く
	個人番号(マイナンバー)		種別	障害				
源泉控除対象配偶者または障害者とする同居配偶者	キョウサイ ハナコ <b>共済 花子</b>		夫・妻	XX年 1 月 22 日	普通障害 特別障害 (配偶者の区分が「1」または「3」の場合)	同居 別居 非居住	48 万円(年間)	
	9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 9 8		老人(配偶者の区分が「1」かつ70歳以上)					
控除対象扶養親族(16歳以上)	キョウサイ イチロウ <b>共済 一郎</b>		子	XX年 11 月 15 日	普通障害 特別障害	同居 別居 非居住	90 万円(年間)	40 万円(年間)
	3 3 3 3 3 3 3 3 3 3		特定 老人					
	キョウサイ サチコ <b>共済 幸子</b>		母	XX年 9 月 1 日				
扶養親族(16歳未満)	キョウサイ サチコ <b>共済 幸子</b>		母	XX年 9 月 1 日	普通障害 特別障害	同居 別居 非居住	0 万円(年間)	0 万円(年間)
	4 4 4 4 4 4 4 4 4 4		特定 老人					

う	マイナンバーを必ず記入してください。	続柄	生年月日	異動月日及び事由	控除を受ける他の所得者
	他の所得者が控除を受ける扶養親族等				氏名 続柄 住所
え	概要				
か	共済 幸子は、身体障害者手帳1級(平成XX年4月1日交付) 共済 幸子の住所は東京都千代田二番町3番地				

※「扶養親族(16歳未満)」欄は、地方税法第45条の3の3および第317条の3の3の規定による「公的年金等受給者の扶養親族申告書」の記載欄を兼ねています。

(3)あなたが年金の支払いを受ける支払者(申告先)に☑を一つ入れてください。

年金の支払者(申告先)	<input type="checkbox"/>	国家公務員共済組合連合会	2010005002559	
	地方公務員共済組合	<input type="checkbox"/>	地方職員共済組合	2700150001147
		<input type="checkbox"/>	地方職員共済組合団体共済部	8700150003179
		<input type="checkbox"/>	公立学校共済組合	9700150000613
		<input type="checkbox"/>	警察共済組合	2700150005742
		<input checked="" type="checkbox"/>	全国市町村職員共済組合連合会	4010005002573

実施機関記入欄													
記入不要													
年	区分	本人	配偶者	被扶養者	障害	有無	非居住						
5		寡	特	普	特	老	16	一	同	別	普	無	住

※提出年より前に年金が受けられる場合は、過去の年分の扶養親族等申告書をすべて提出していただくことになります。