受付番号		届書コード	1 7 1 1

【山形県市町村職員共済組合】

年金請求書（国民年金・厚生年金保険老齢給付）

●年金を受ける方が記入する箇所は　　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記入してください。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。

8 実施機関等

受付年月日

1．ご本人（年金を受ける方）について、太枠内をご記入ください。

23 郵便番号	1 0 2 ― 0 0 8 4			
フリガナ	トウキョウト　チヨダク　ニバンチョウ2バンチ			
住 所 24	東京 都道府県　千代田 市区町村　二番町２番地			
フリガナ	キョウサイ	タロウ	性 別	2 生 年 月 日
氏 名 21	共済	太郎	1. 男 2. 女	昭 和 ＸＸ 年 １０ 月 ２ 日

個人番号（マイナンバー）および基礎年金番号を記入してください。
個人番号（マイナンバー）は通知カードなどにより確認し、正確に記入してください。

士の提出代行者欄

両方をご記入ください。

個人番号（マイナンバー）	5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6	電話番号1	03 - 5210 - XXXX
1 基礎年金番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	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。

該当する数字を〇で囲んでください。
公金受取口座として登録済の口座を指定する場合は、□に✓を記入してください。
年金の受取口座を必ずご記入ください。

口座への振込みはできません。

1. 金融機関（ゆうちょ銀行を除く） 2. 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 □	口座名義人氏名	(氏) 共済	(名) 太郎

※　1または２に〇をつけ、希望する年金の受取口座を下欄に必ずご記入ください。
※　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

該当する数字を〇で囲んでください。

年金送金先 金融機関	26 金融機関コード	28 支店コード	(フリガナ) コウジマチ	銀行 金庫 信組 農協 信連 信漁連 漁協	(フリガナ) バンチヨウ	本店 支店 出張所 本所 支所
	記入不要		麹町		番町	
ゆ	30 貯金通帳の口座番号					

預金種別	口座番号(左詰めで記入)
1普通 2当座	1 2 3 4 5 6 7

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ご確認ください。

公金受取口座として登録済の口座を指定する場合は、金融機関等の証明は不要です（通帳またはキャッシュカードのコピーの添付も不要です）。
公金受取口座として登録済の口座を指定しない場合は、金融機関等の証明または通帳もしくはキャッシュカードのコピーの添付が必要です。

※　公金受取口座を指定する場合、通帳もしくはキャッシュカードのコピーの添付または金融機関等の証明は不要です。

3. これまでの年金の加入状況についてご記入ください。

(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) 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、下記の履歴欄にご記入してください。

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	××市役所	××市	昭和XX・4・1から 平成XX・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	○○社	○○市××町	平成XX・4・1から 平成XX・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			・　・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	

(3) 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	

Ⅱ－2－（1）　№16 年金請求書（国民年金・厚生年金保険老齢給付）　記入例

（4）**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。
※この欄と、下の（5）については保険料納付済期間（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年以上ある方はご記入不要です。

	20歳～60歳の加入していない期間	年齢	左のページの該当番号	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
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				
5	（自） （至）	歳 ～ 歳				
6	（自） （至）	歳 ～ 歳				
7	（自） （至）	歳 ～ 歳				
8	（自） （至）	歳 ～ 歳				
9	（自） （至）	歳 ～ 歳				
10	（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。

（5）配偶者（であった方も含みます）の氏名、生年
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。
※9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6ページ（表1）のいずれかの制度の年金を受けていますか。該当する番号を〇で囲んでください。

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」を〇で囲んだ方

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 ・障害 ・遺族	昭和 平成 令和　XX 年 11 月	86XX－0000012345
ア	・老齢または退職 ・障害 ・遺族	昭和 平成 令和　XX 年 11 月	1350
	・老齢または退職 ・障害 ・遺族	昭和 平成 令和　年　月	

②「3.請求中」を〇で囲んだ方

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

↓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」を〇で囲んでください。

はい　・　いいえ

「はい」を〇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コピーを提出してください。
「いいえ」を〇で囲んだ方は、下の事由書に記入してくださ

①「はい」を〇で囲んだ方

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」を〇で囲んだ方
下の「事由書」の「ア」または「イ」を〇で囲み、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。
（該当する項目を〇で囲んでください。）

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。（例　事業主、事業主の妻等）

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

（ 合付を

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コピーまたは高年齢雇用継続給付受給資格確認票のコピー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。

配偶者はいますか	はい　・　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	昭和 / 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 / 2. 女	

*基礎年

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の加入期間が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 配偶者の住所が年金

郵便番号	
住所	(フリガナ) 都　道　　市　区

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、8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。

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

1. または2. を○で囲んだ方

4. 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	・老齢または退職 ・障害	昭和 / 平成 / 令和　XX 年 1 月	1150
	・老齢または退職 ・障害	昭和 / 平成 / 令和　年　月	

配偶者が年金を受けている場合は記入してください。

（2）左の8ページに該当する子がいる場合には、氏名、生年月日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	
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	

6．加給年金額に関する生計維持の申立てについてご記入ください。

9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。

氏名	共済　太郎

【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）　該当するものを〇で囲んでください。（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(所得655.5万円)未満ですか。		共済組合確認欄
配偶者について	はい　・　いいえ	（　　）印
子　（名：　　）について	はい　・　いいえ	（　　）印
子　（名：　　）について	はい　・　いいえ	（　　）印

記入不要

（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。
該当するものを〇で囲んでください。

はい　・　いいえ	共済組合確認欄	記入不要

「はい」を〇で囲んだ方は、添付書類が必要です。

令和　XX年　12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、返還額も異なることとな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います。

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欄の記入をお願いします。

○返還方法

希望する返

1	年金の支給期ごとにその支給額の２分の１を返還に充当する。 （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、払込手続が必要となります。） ※後日、 払込手続について、 共済組合からご案内させていただきます。

※「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ときは、「１」の返還方法に変更させていただきますので、ご了承願います。

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

国会議員・地方議会議員の就任期間に係る項目

	議会名称	就任年月日（議員となった年月日）	退任年月日
1	××市議会	昭 平 令 ×× 年 5 月 1 日	昭 平 令 年 月 日
2		昭 平 令 年 月 日	昭 平 令 年 月 日
3		昭 平 令 年 月 日	昭 平 令 年 月 日

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 XX 年	分 公的年金等の受給者の扶養親族等申告書

(1)ご本人の氏名、生年月日、住所、基礎年金番号、個人番号をご記入ください。

氏名	キョウサイ　タロウ 共済　太郎	生年月日	昭和XX年10月2日
住所	東京都　千代田区　二番町2番地		
郵便番号	102－0084	個人番号（マイナンバー）	
基礎年金番号	1111－111111	123456789012	

マイナンバーを必ず記入し、マイナンバーが確認できる書類（通知カード(氏名・住所等が住民票の記載と一致する場合に限ります。)またはマイナンバーカードのコピー、マイナンバーが記載されている住民票のいずれか）を提出してください。

提出日、電話番号をご記入ください。ご本人が障害者・寡婦等に該当しない場合は、下記事項を○

提出日	令和 XX 年 12 月 1 日 提出	え	本人障害	普通障害	特別障害
電話番号	（ 03 ）－（ 5210 ）－（ XXXX ）	お	寡婦等	寡婦　ひとり親	地方税控除 寡婦　ひとり親

(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。
（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。）

	フリガナ 氏名 / 個人番号(マイナンバー)	続柄	生年月日 / 種別	え 障害	か 同居・別居・非居住者の区分	き 所得金額(退職所得を含む)	く 退職所得を除いた所得金額
あ 源泉控除対象配偶者又は障害者に該当する同一生計配偶者	キョウサイ　ハナコ 共済　花子 9876543210 98	夫・妻	明・大・昭・平・令 XX 年 11 月 2 日 老人（配偶者の区分が「1」かつ70歳以上）	普通障害 特別障害 （配偶者の区分が「1」又は「3」の場合）	同居 別居 非居住者	給与所得 38 万円(年間)	万円(年間)
配偶者の区分	受給者の合計所得の見積額が900万円以下 1. 配偶者の合計所得見積額が48万円以下 2. 配偶者の合計所得見積額が48万円超～95万円以下		受給者の合計所得の見積額が900万円超 3. 配偶者の合計所得見積額が48万円以下 （※配偶者が障害者でない場合は控除の対象になりません。）				
い 控除対象扶養親族（16歳以上）	キョウサイ　イチロウ 共済　一郎 33333333333 33	子	明・大・昭・平・令 XX 年 11 月 6 日 特定・老人	普通障害 特別障害	同居 別居 非居住者	0 万円(年間)	万円(年間)
	キョウサイ　サチコ 共済　幸子 44444444444 44	母	明・大・昭・平・令 XX 年 9 月 1 日 特定・老人	普通障害 特別障害	同居 別居 非居住者	0 万円(年間)	万円(年間)
			平・令 年 月 日	普通障害	同居 別居		万円(年間)

マイナンバーを必ず記入してください。

所得見積額の区分に応じ、1，2または3のいずれかを○で囲んでください。

記入欄を超える扶養親族がいる場合は、扶養親族について必要事項を記載した別紙を添付してください。

	フリガナ 氏名 / 住所	続柄	生年月日		続柄
う 他の所得者が控除を受ける扶養親族等			明・大・昭・平・令 年 月 日		
			明・大・昭・平・令 年 月 日		
え か 摘要	共済　幸子は、身体障害者手帳の1級（令和XX年4月1日交付） 共済　幸子の住所は東京都千代田区二番町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）			法人番号
	□	国家公務員共済組合連合会	2010005002559
地方公務員共済組合	□	地方職員共済組合	2700150001147
	□	地方職員共済組合団体共済部	
	□	公立学校共済組合	8700150003179
	□	警察共済組合	9700150000613
	□	東京都職員共済組合	2700150005742
	☑	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 寡	本人 特	本人 普	配偶者	被扶養者 特	被扶養者 老	被扶養者 16	被扶養者 一	障害 同	障害 別	障害 普	有無	非居住
5														

※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。