様式第104号

年金請求書 記入例 険障害給付）

〔 当金〕

なにも記入しないでください。）□

う温度変化等により

いでください。

実施機関等

請求者ご自身の個人番号（マイナンバー）および基礎年金番号を記入してください。

共済組合等に請求する方 個人番号（マイナンバー）及び基礎年金番号の両方をご記入ください。個人番号（マイナンバー） ついては、６ページをご確認ください。

①	請求者の個人番号（マイナンバー）	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
	請求者の基礎年金番号	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4		
②配偶者の個人番号（または基礎年金番号）		9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2

配偶者の個人番号（マイナンバー）または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、マイナンバーカードなど（基礎年金番号で届出する場合にあっては年金証書など）により確認し、正確に記入してください。

請求者	③生年月日	昭・平	年 ××	月 11	日 05	
	④氏名	(フリガナ) キョウサイ (氏) 共済	(名) タロウ 太郎	⑤性別 男 女 1 2		
	⑥住所	住所の郵便番号 1020084	(フリガナ) トウキョウトチヨダク 東京都 千代田 市区町村	ニバンチョウ2バンチ 二番町２番地		
				電話番号１	０３ － ５２１０ － ××××	
				電話番号２	090 － 5210 － ××××	

該当する数字を○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。

※日中
※予備

該当する数字を○で囲んでください。

⑦ 年金受取機関 ※	※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。	(フリガナ)	キョウサイ	タロウ	
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 □	※指定する口座が公金受取口座として登録済の場合は、左欄に☑してください。	口座名義人氏名	(氏) 共済	(名) 太郎	

年金送金先	金融機関	金融機関コード	支店コード	(フリガナ) コウジマチ 麹町	銀行 金庫 信組 農協 信連 信漁連 漁協	(フリガナ) バンチヨウ 番町	本店 支店 出張所 本所 支所	預金種別 1. 普通 2. 当座	口座番号（左詰で記入） 1234567
	ゆうち	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欄※ 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。					
		記号（左詰で記入）	番号（右詰で記入）	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ご確認ください。					

記入不要

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。

⑧配偶者	氏名	(フリガナ) キョウサイ (氏) 共済	(名) ハナコ 花子	生年月日	昭 平	年 ××	月 04	日 02	連絡欄
	氏	(フリガナ)		生年		年	月	日	

送付
枚
返送
日

請求者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はご記入ください。
子の要件は、次のいずれかとなります。
①１８歳になった後の最初の３月３１日までの未婚の子
②国民年金法施行令別表に定める障害等級１級・２級の障害の状態にある場合は２０歳未満の未婚の子

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）。

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
イ	(・老齢または退職)・障害	××．４．１	1150
	・老齢または退職・障害	．　．	
	・老齢または退職・障害	．　．	

	年金コードまたは共済組合コード・年金種別					
1						
2						
3						

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）。

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
オ	(・老齢または退職)・障害・遺族	××．11．4	8680-1234567890
	・老齢または退職		

	年金コードまたは共済組合コード・年金種別					
1						
2						

すでに年金を受けている場合、また、他の年金を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。

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　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○○X－X－X	昭××．４．１から ××．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	○○市役所	○○市△△X－X－X	昭××．４．１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					
6			．　．まで	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	

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。

勤務期間または国民年金の加入期間が詳しくわからない場合でも、年月までまたは何年の夏や冬までといったようにご記入ください。

⑭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・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．慢性腎不全	2．	3．
傷病の発生した日	昭和 平成 令和　××年11月　1日	昭和 平成 令和　年　月　日	昭和 平成 令和　年　月　日
初診日	昭和 平成 令和　××年11月15日	昭和 平成 令和　年　月　日	昭和 平成 令和　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	1．国年　2．厚年　3．共済	1．国年　2．厚年　3．共済
現在傷病はなおっていますか。	1．はい　・　2．いいえ	1．はい　・　2．いいえ	1．はい　・　2．いいえ
なおっているときは、なおった日	昭和 平成 令和　年　月　日	昭和 平成 令和　年　月　日	昭和 平成 令和　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・令和　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	氏　名		

障害の原因である傷病について、ご記入ください。

障害の原因が第三者の行為による場合は、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　申　立

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。

令和 ×× 年　6月　10日

請求者氏名　共済　太郎

配偶者および子	氏　名	続　柄
	年金　花子	妻

⑯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。		※確認欄	※共済組合の確認事項
（1）配偶者について年収は、850万円未満ですか。	はい・いいえ	（　）印	ア．健保等被扶養者（第三号被保険者） イ．国民年金保険料免除世帯 ウ．義務教育終了前 エ．高等学校在学中 オ．源泉徴収票・非課税証明等
（2）子（名：　　）について年収は、850万円未満ですか。	はい・いいえ	（　）印	
（3）子（名：　　）について年収は、850万円未満ですか。	はい・いいえ	（　）印	
（4）子（名：　　）について年収は、850万円未満ですか。	はい・いいえ	（　）印	

配偶者または子と同一世帯でない場合は、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。

令和 ××年　6月　10日　提出

機構独自項目

⑰ 請求者

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、その記号番号を記入してください。

厚生年金保険		国民年金	
船員保険			

⑱ 配偶者

「②配偶者の基礎年金番号」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。〇で囲んでください。
「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			

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記入してください。

住所の郵便番号	住所	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	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 平成 令和 年 月 日 から 昭和 平成 令和 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)

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 年		

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

厚年	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

⑳ 共済コード 共済記録 1	2
元号 年 月 日 元号 年 月 日	元号 年 月 日 元号 年 月 日
3	㉑ 4
元号 年 月 日 元号 年 月 日	元号 年 月 日 元号 年 月 日
5	6
元号 年 月 日 元号 年 月 日	元号 年 月 日 元号 年 月 日

時効区分