

共済適用表示

障害給付受給権者 障害不該当届

(障害たる年金給付を受ける原因となった障害の程度が軽くなったときの届)

5 1

*基礎年金番号(10桁)で届出する場合は左詰めでご記入ください。

①	個人番号(または基礎年金番号)および年金コード	個人番号(または基礎年金番号)						年金コード		
②	生 年 月 日	大・昭・平			年	月	日			
③	国民年金法、厚生年金保険法または国家公務員共済組合法の障害等級に該当する障害の状態ではなくなった年月日				昭和・平成			年	月	日
※	停 止 年 月 日			事由						
	年	月	日	11						

平成 年 月 日 提出

郵便番号 □□□-□□□□

住所

受給権者

(フリガナ)

氏名

印

自宅の電話番号 () - () - ()

記入上の注意

※印欄には、記入しないでください。

②の年号は、該当する文字を○印で囲んでください。

生年月日は、たとえば、昭和 10 年 1 月 6 日生まれの場合は、

「

大	昭	平	年	月	日
3	5	7	1	0	0
			1	0	6

」のようにご記入ください。

◎受給権者自ら署名する場合には、受給権者の押印は不要です。

◎黒インクのボールペンで記入してください。

実施機関等

受付年月日