

共済適用表示

遺族給付受給権者の障害該当届

実施機関等
受付年月日

〔遺族給付の受給権者である18歳到達日以後の最初の3月31日まで
の間にある子・孫が障害の状態となったときの届書〕

33 34

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。

夫または妻が受給権者の場合、右の「夫または妻について」の欄もご記入ください。	夫または妻について	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 氏 名		④ 生 年 月 日		平成		年		月 日	
夫または妻が受給権者の場合、右の「夫または妻について」の欄もご記入ください。	障害の状態となった子・孫について	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 氏 名		③ 生 年 月 日		平成		年		月 日	
			④ 障害の状態に該当する原因となった疾病または負傷の傷病名									
⑤ 国民年金法の障害等級（厚生年金保険法および国家公務員共済組合法の障害等級の1・2級）に該当する障害の状態となった年月日										平成 年 月 日		
※ 障害関係変更・訂正 34	診断書			障害等級号	傷病名			差引	有期固定		診断書診査年月日	
	1	2	3		1	2	3		年数	年度		年 月 日
※ 加対者変更 33	変更前					変更後						
	生 年 月 日			続柄	障害	生 年 月 日			続柄	障害		
時効区分												

平成 年 月 日 提出

※印欄には記入しないでください。

郵便番号 □□□□ - □□□□ 住 所

受給権者名 (フリガナ)

氏 名

印

自宅の電話番号 () - () - ()

⑥ 生 計 同 一 申 立

加算額の対象者(子)の氏名	生 年 月 日	受給権者(夫または妻)との続柄	障害の状態にありますか
	平成 年 月 日		ある・ない
	平成 年 月 日		ある・ない
	平成 年 月 日		ある・ない

上記の加算額対象者は、受給権発生当時から引き続き生計を同じくしていることを申し立てる。

平成 年 月 日

受給権者(夫または妻)氏名

印

(裏面の「記入上の注意」をよく読んでからご記入ください。)

記入上の注意

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53年6月1日

生まれの場合は「

大	昭	平	5	3	年	0	6	月	0	1	日
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

」のようにご記入ください。

⑥には、加算額の対象者である子がある夫または妻にあつては、下欄に引き続き生計を同じくしていることの申立をしてください。

受給権者が自ら署名する場合には、受給権者の押印は不要です。

この届書に添えなければならない書類

- 1 18歳到達日以後の最初の3月31日までの間にある子・孫または加算額対象者のうち国民年金法および厚生年金保険法の障害等級の1級または2級に該当する障害の状態にある子があるとき（厚生労働大臣から診断書が不要である旨の通知を受けている方を除きます。）は、医師または歯科医師の診断書（この診断書の用紙は、年金事務所にあります。）
- 2 次の病気やけがによるときは、レントゲンフィルム

ア 呼吸器系結核 イ 肺化のう症 ウ けい肺（これに類似するじん肺症を含む。） エ その他認定又は審査に際し必要と認められるもの
