

共済適用表示

遺族厚生・遺族共済年金受給権者支給停止事由該当届

51	*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)	個人番号(または基礎年金番号)			年金コード
	および年金コード				
②	生 年 月 日	大・昭・平	年	月	日
		3 5 7			
③	障害等級の1級または2級に該当する	昭和・平成	年	月	日
	障害の状態でなくなった年月日				
※ 支給停止 51	事由	時効区分			
	17				

平成 年 月 日 提出

郵便番号

住 所

受給者者 (フリガナ)

氏 名

印

自宅の電話番号 () - () - ()

この届書は、遺族厚生年金の受給権を取得した時に55歳以上60歳未満であって、かつ、障害の状態にあったことにより受けていた者または遺族共済年金の受給者であって、かつ、障害であることにより受けていた者が、60歳に達するまでに障害等級の1級または2級に該当する障害の状態でなくなったときに提出してください。

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8月1日の場合は、

「

大・ 昭 ・平	年	月	日
3 5 7	1 0	0 8	0 1

 のようにご記入ください。」

○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。

○黒インクのボールペンで記入してください。