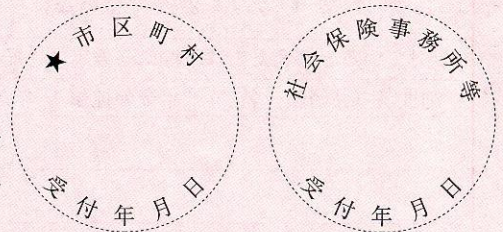


届書コード			届書
7	2	1	

国民年金障害基礎年金裁定請求書

- のなかに必要事項を記入してください。
(★◆印欄には、なにも記入しないでください。)
- フリガナはカタカナで記入してください。
- この請求書は市役所、区役所あるいは町村役場に提出してください。ただし、国民年金の第3号被保険者期間中に初診日のある方は、住所地を管轄する社会保険事務所または社会保険事務局の事務所に提出してください。
- 請求者が自ら署名する場合には、請求者の押印は不要です。

年金コード			
5	3	5	
6	3		



※基礎年金番号が交付されていない方は、「①基礎年金番号」欄は記入の必要はありません。

① 基礎年金番号		③ 記録不要制度 (厚) (船) (国)		④ 年金種別 5 3 6 3	⑤ 進達番号
② 生年月日 大・昭・平 3 5 7		⑦ 重無		⑧ 未保	⑨ 支保
⑩ 氏名 (フリガナ) (氏) (名)	性別 男・女 1 2				
⑪ 住所の郵便番号	⑫ 住所 住所コード (フリガナ)	市区町村			

「①基礎年金番号」欄を記入していない方は、つぎのことにお答えください。(記入した方は回答の必要はありません。)

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。○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。

厚生年金保険	国 民 年 金
船 員 保 険	

支払機関 (いずれかを選んで記入してください。)	⑬ 金融機関 1	⑭ コード ◆	銀行 金庫 信組	⑮ (フリガナ)	本店 支店 出張所	⑯ 貯金通帳の記号番号	
	郵便局 2	都道府県名	⑮ (フリガナ)		本所 支所 本店 支店	金融機関の証明 印	
		⑭ 郵便局の郵便番号	(フリガナ)	⑮ (フリガナ)		1.郵便振替(郵便貯金への払込み)を希望される方は、⑯欄に郵便振替口座の口座番号を記入し、郵便局の証明を受けてください。 2.窓口払い(簡易郵便局を除く)を希望される方は、⑭欄及び⑮欄を記入して下さい。なお、郵便局の証明は必要ありません。 3.郵便振替が可能な通帳は、郵便貯金総合通帳、郵便貯金総合通帳オンラインおよび郵便貯金通帳オンラインの3種類です。	
		⑮ 支払局コード	⑯ 郵便振替口座の口座番号 記号(左詰めで記入) 記号(右詰めで記入)	郵便局の証明 印			

⑦ 加算額の対象者	⑮ 氏 名 (フリガナ) (氏) (名)	⑯ 生 年 月 日 昭・平 5 7	障害の状態 ある・ない	⑰ 診 ◆	連絡欄 X線フィルムの送付 有・無 枚 X線フィルムの返送 年 月 日
	(フリガナ) (氏) (名)	昭・平 5 7	障害の状態 ある・ない	◆	
	(フリガナ) (氏) (名)	昭・平 5 7	障害の状態 ある・ない	◆	
	(フリガナ) (氏) (名)	昭・平 5 7	障害の状態 ある・ない	◆	

加算額の対象者とは、あなたによって生計を維持されている18歳到達日以後の最初の3月31日までの間にある子(昭和52年4月1日以前に生まれた子については18歳未満の子)、または国民年金法施行令別表に定める1級または2級の障害の状態にある20歳未満の子をいいます。

①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。○で囲んで下さい。

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）。

制度名（共済組合名等）	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
		・ ・	
		・ ・	
		・ ・	

「年金の種類」とは、老齢または退職、障害、遺族をいいます。

	④⑧年金コードまたは共済組合コード・年金種別			
1				
2				
3				
	⑤①他年金種別			

⑤②上外	⑤③初診年月日	⑤④障害認定日	⑤⑤傷病名コード	⑤⑤診断書	⑤⑥等級	⑤⑦有	⑤⑦有年	⑤⑧三	⑤⑨差引
上 1	元号 年 月 日	元号 年 月 日					元号		
外 2									

⑥⑩受給権発生年月日	⑥⑩停止事由	⑥①停止期間	⑥②条 文	失権事由	失権年月日
元号 年 月 日		元号 年 月 元号 年 月			年 月 日

⑥③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	⑥④	4
⑥⑤	5		6
	7		8

⑥⑥摘要		⑥⑦追加区分		送信
------	--	--------	--	----

★ 市区町村 からの 連絡事項	未納保険料 の 納 付	有 昭和・平成 年 月分から 無 昭和・平成 年 月分まで	差額保険料の 未納分の納付	有 昭和・平成 年 月分から 無 昭和・平成 年 月分まで
	保険料の追納	有 昭和・平成 年 月分から 無 昭和・平成 年 月分まで	検認票の添付	有 ・ 無

㉞ 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ときは、その番号を○で囲んでください。

- | | | | |
|------------------|----------------|-----------------------|---------|
| 1. 国民年金法 | 2. 厚生年金保険法 | 3. 船員保険法 (61年4月以後は除く) | |
| 4. 国家公務員共済組合法 | 5. 地方公務員等共済組合法 | 6. 私立学校教職員共済法 | |
| 7. 農林漁業団体職員共済組合法 | 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 |

㉟ 履 歴 (公的年金制度加入経過)

自宅の電話番号 () - () - ()

※できるだけ詳しく、正確に記入してください

勤務先の電話番号 () - () - ()

	(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			・ ・ 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	
2			・ ・ 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			・ ・ 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	
11			・ ・ 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	
12			・ ・ 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	

㊱ 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、保険料を納めた社会保険事務局、社会保険事務所または
社会保険事務局の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 年 月 日から昭和・平成 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)

㊲ 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発生したもの
であるときには、その者の氏名および住所

氏 名

住 所

⑤ 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および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.	2.
	傷 病 の 発 生 し た 日	昭和・平成 年 月 日	昭和・平成 年 月 日	昭和・平成 年 月 日
	初 診 日	昭和・平成 年 月 日	昭和・平成 年 月 日	昭和・平成 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 4.未加入	1.国年 2.厚年 3.共済 4.未加入	1.国年 2.厚年 3.共済 4.未加入
	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 年 月 日	昭和・平成 年 月 日	昭和・平成 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 年 月 日		
(4) 国民年金に任意加入した期間について特別一時金を受けたことがありますか。			1. はい ・ 2. いいえ	

⑦ 生 計 維 持 証 明			
生計同一関係	右の者は請求者と生計を同じくしていたことを申し立てる。 (証明する。)		子
	平成 年 月 日 請求者 住 所 (証明者) 氏 名 (職 名)	氏 名 続柄	
(注) 1 この申立は、民生委員、町内会長、事業主、社会保険委員、家主などの第三者の証明にかえることができます。 2 この申立(証明)には、それぞれの住民票の写しを添えてください。			
収入関係	1. この年金を裁定請求する人は次に答えてください。		※確認印
	(1)(名:)について年収は、850万円未満 ^(注) ですか。	は い・いいえ	()印
	(1)(名:)について年収は、850万円未満 ^(注) ですか。	は い・いいえ	()印
	(1)(名:)について年収は、850万円未満 ^(注) ですか。	は い・いいえ	()印
2. 上記1で「いいえ」と答えた者のうち、その者の収入がこの年金の受給権発生当時以降おおむね5年以内に850万円未満 ^(注) となる見込みがありますか。		は い・いいえ	
*社会保険事務所等の確認事項 ア. 健保等被扶養者 イ. 加算額または加給年金額対象者 ウ. 国民年金保険料免除世帯 エ. 義務教育終了前 オ. 高等学校等在学中 カ. 源泉徴収票・非課税証明等			

平成 年 月 日 提出

(注) 平成6年11月8日までに受給権が発生している方は「600万円未満」となります。

※ 請求者が申立てを行う際に自ら署名する場合は、請求者の押印は不要です。

障害基礎年金の請求事由

1 障害認定日による請求

障害基礎年金は、病気またはケガによってはじめて医師の診療を受けた日(初診日)から1年6月目(その期間内にあったときにはその日)に一定の障害の状態にあるときに受けられます(ただし一定の資格期間が必要です)。

この場合、裁定請求書に添付する診断書は、初診日から1年6月目の障害状態がわかるものが必要です。

なお、請求する日が、1年6月日より1年以上過ぎているときには、なおったことにより請求するときを除き、初診日から1年6月目の診断書と請求時点の診断書が必要となります(ただし、裁定を行う際に、他の時点の障害の状態がわかる診断書の提出を求めています)。

2 事後重症による請求

1に該当しなかった人でもその後病状が悪化し、一定の障害の状態になったときには本人の請求により障害基礎年金が受けられます。ただし請求は65歳前に行わなければいけません。この場合、裁定請求書に添付する診断書は、請求時における障害の状態がわかるものが必要です。

また支給は請求した月の翌月から行われます。

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

65歳前に一つの障害と他の障害とを合わせて初めて2級以上の障害の状態になったときには障害基礎年金が受けられます。この場合、裁定請求書に添付する診断書は、初めて2級以上となったときのそれぞれの障害の診断書が必要です。

なお、この事由による請求は今までに2級以上の障害基礎年金を受けたことがある人、または2級以上の障害の状態になったことがある人は、行うことができません。また支給は請求した月の翌月分から行われます。

この請求書に添えなければならない書類等

- 1 年金手帳または被保険者証(添えることができないときはその事由書)
- 2 あなたの生年月日についての市区町村長の証明書または戸籍の抄本
- 3 ⑦欄の加算額の対象者に該当する子がいるときは、次の書類等
 - ア. 子の生年月日およびあなたとの身分関係を明らかにすることができる市区町村長の証明書または戸籍の謄本・抄本(住民票でこれにかえることはできません。)
 - イ. 障害の状態にある子については、医師または歯科医師の診断書
 - ウ. 障害の状態にある子の傷病が表2に示すものであるときは、レントゲンフィルム
- 4 ④欄で「受けている」と答えた人は、年金証書、恩給証書またはこれらに準ずる書類の写し

なお、公的年金制度等とは表1に示すものです。
- 5 ⑦欄の4～10までの番号を○で囲んだ人は、その制度の管掌機関から交付された年金加入期間確認通知書(共済用)
- 6 ⑨欄に「1. はい」と答えた人は、第三者行為事故状況届(この用紙は、社会保険事務所または社会保険事務局の事務所にあります。)
- 7 障害基礎年金を受けるべき日の状態についての医師または歯科医師の診断書(この用紙は、社会保険事務所または社会保険事務局の事務所にあります。)
- 8 傷病が表2に示すものであるときは、障害基礎年金を受けるべき日に撮影したレントゲンフィルム(ないときはその近くの日のものでもかまいません。)
- 9 ②欄の収入関係欄の1で「はい」と答えたときは、子についてそれぞれアからカまでのいずれかに該当することが確認できる書類。なお、年収850万円以上^(注)の人は加算額の対象者になりませんが、その収入がこの年金の受給権発生当時以降には得られない見込みがある場合は、源泉徴収票等とそのことを記載した書類を添えてください。

(注)平成6年11月8日までに受給権が発生している方は「600万円以上」となります。
- 10 病歴・就労状況等申立書(この用紙は、社会保険事務所または社会保険事務局の事務所にあります。)

表1(公的年金制度等)

ア. 国民年金法	イ. 厚生年金保険法	ウ. 船員保険法(61年4月以後は除く)
エ. 国家公務員共済組合法(改正前の長期給付に関する施行法を含む)		
オ. 地方公務員等共済組合法(改正前の長期給付に関する施行法を含む)		
カ. 私立学校教職員共済法	キ. 農林漁業団体職員共済組合法	ク. 恩給法
ケ. 地方公務員の退職年金に関する条例	コ. 八幡共済組合	サ. 執行官法附則第13条
シ. 旧令による共済組合等からの年金受給者のための特別措置法		ス. 戦傷病者戦没者遺族等援護法

表2(国民年金法施行規則別表)

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		

履歴欄の記入方法

履歴はあなたがはじめて公的年金制度（表3）に加入したときから古い順に記入してください。

事業所等の名称変更や所在地の変更、転勤などがあったときは、そのことがわかるように、それぞれの事業所等毎に必要な事項を記入してください。

《記入例》

くわしくわからないときでも、郡市区名までは記入してください。

くわしくわからないときでも、年月まであるいは何年の夏とか冬までといったように記入してください。

備考欄について

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。

社名だけでなく、支店・工場等についても記入してください。

わかる方のみ以下の事項を記入してください。

各事業所等の
・健康保険被保険者証
・共済組合員証等の
記号および番号

厚生年金保険の事業所の整理番号（アルファベット）および被保険者の番号（健康保険組合の設立されている事業所等の場合）

㉔ 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		自宅の電話番号（0424）-（67）-XXXX 勤務先の電話番号（03）-（3503）-XXXX		
(1) 事業所（船舶所有者）の名称および 船舶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 (有)〇〇商店	台東区台東2-X	29.4.1 から 35.3.31 まで	1. 国民年金 2. 厚生年金(船員)保険 3. 厚生年金(船員)保険 4. 共済組合等	
2	杉並区高井戸西3-X-X	36.4.1 から 38.3.31 まで	1. 国民年金 2. 厚生年金(船員)保険 3. 厚生年金(船員)保険 4. 共済組合等	
3	△△化学(株)	38.4.1 から 41.3.31 まで	1. 国民年金 2. 厚生年金(船員)保険 3. 厚生年金(船員)保険 4. 共済組合等	江東 区 大 手 前 の △
4	△△化学(株)大塚工場	41.4.1 から 53.3.31 まで	1. 国民年金 2. 厚生年金(船員)保険 3. 厚生年金(船員)保険 4. 共済組合等	大 手 前 の △
5	△△化学(株)大塚支店	53.4.1 から 54.6.30 まで	1. 国民年金 2. 厚生年金(船員)保険 3. 厚生年金(船員)保険 4. 共済組合等	
6	△△化学(株)東京支店	54.7.1 から 55.3.31 まで	1. 国民年金 2. 厚生年金(船員)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(船員)保険 3. 厚生年金(船員)保険 4. 共済組合等	
12		. . . から . . . まで	1. 国民年金 2. 厚生年金(船員)保険 3. 厚生年金(船員)保険 4. 共済組合等	
㉕ 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、保険料を納めた社会保険事務局、社会保険事務所または社会保険事務局の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 年 月 日から昭和・平成 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)	

表3 公的年金制度：下の表に示す法律の年金制度をいいます。

ア. 国民年金法

エ. 国家公務員共済組合法

キ. 農林漁業団体職員共済組合法

コ. 恩給法

イ. 厚生年金保険法

オ. 地方公務員等共済組合法

ク. 旧市町村共済組合法

ウ. 船員保険法（61年4月以後は除く）

カ. 私立学校教職員共済法

ケ. 地方公務員法の退職年金に関する条例

留 意 事 項

◎すでに社会保険事務局等に加入期間の照会をして回答を受けたことがある人は、できるかぎり、その回答書の写しをこの請求書に添えてください。

◎米軍等の施設関係に勤めていたことがある人は、(1)欄に部隊名、施設名、職種をできるかぎり記入してください。

◎厚生年金の加給年金額対象者となっている人は「加給年金額支給停止事由該当届」を速やかに社会保険事務所または社会保険事務局の事務所に提出して下さい。