

年金請求書(国民年金障害基礎年金)

様式第107号

二 次 元
コ ー ド

★ 市区町村
受付年月日

年金事務所
受付年月日

年金コード	
5 3	5
6 3	
6 3 0 0 0 2	

- のなかに必要事項をご記入ください。(◆★印欄には、なにも記入しないでください。)
- 黒インクのボールペンでご記入ください。鉛筆や、摩擦に伴う温度変化等により消色するインクを用いたペンまたはボールペンは、使用しないでください。
- フリガナはカタカナでご記入ください。

※個人番号(マイナンバー)で届出する場合は、本人確認書類が必要です。

① 個人番号(マイナンバー)基礎年金番号	
② 生年月日	昭・平・令 5 7 9 年 月 日
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(フリガナ)市区町村

⑤ 記録不要制度						作成原因
(厚年)	(船員)	(国年)	(国共)	(地共)	(私学)	02
④ 年金種別		⑤ 課所符号		⑥ 進達番号		
53 63						
⑦ 重無	⑧ 未保	⑨ 支保				

① 欄を記入していない方は、次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ご記入ください。

厚生年金保険		国民年金	
船員保険			

ある ない

⑬ 年金受取機関 ※

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

※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。
※また、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。

⑭ 金融機関コード	⑮ 支店コード	⑯ 貯金通帳の口座番号	⑰ 預金種別	⑱ 口座番号(左詰めで記入)
◆	◆	銀行 金融信託 農信 漁連	1. 普通 2. 当座	
金融機関		金融機関またはゆうちょ銀行の証明欄 ※貯蓄預金口座又は貯蓄貯金口座への振込みはできません。		
ゆうちょ銀行		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。		

※通帳等の写し(金融機関名、支店名、口座名義人氏名フリガナ、口座番号の面)を添付する場合または公金受取口座を指定する場合、証明は不要です。

⑦ 加算額の対象者	⑲ 氏名(フリガナ)(氏)(名)	生年月日	平7・令9 年 月 日	障害の状態に ある・ない	◆ 診
	⑲ 個人番号				
	⑲ 氏名(フリガナ)(氏)(名)	生年月日	平7・令9 年 月 日	障害の状態に ある・ない	◆ 診
	⑲ 個人番号				
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					

*3人目以降は余白等にご記入ください。

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ご記入ください（年月日は支給を受けることになった年月日をご記入ください）。

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。

※あなたの配偶者について、ご記入ください。

(フリガナ) 氏名	生年月日	基礎年金番号
	年 月 日	

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

ご 注 意

配偶者が受給している年金の加給年金額の対象となっている場合、あなたが障害基礎年金を受けられるようになったときは、受給している加給年金額は受けられなくなります。

この場合は、配偶者の方より、「老齢・障害給付加給年金額支給停止事由該当届」をお近くの年金事務所または街角の年金相談センターへ提出していただく必要があります。

38 上・外	39 初診年月日	40 障害認定日	41 傷病名コード	41 診断書	42 等級	43 有	43 有年	44 三	45 差引
上 1 外 2	元号 年 月 日	元号 年 月 日					元号		

46 受給権発生日	47 停止事由	47 停止期間	48 条 文	失権事由	失権年月日
元号 年 月 日	元号 年 月	元号 年 月			元号 年 月 日

49 共済コード	共 済 記 録 1		2	
元号 年 月 日	元号 年 月 日	要件	計算	元号 年 月 日
3	元号 年 月 日	要件	計算	50 4
5	元号 年 月 日	要件	計算	6
51 7	元号 年 月 日	要件	計算	8
9	元号 年 月 日	要件	計算	

53	時効区分
----	------

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

(1) この請求は左の頁にある「障害給付の請求理由」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		
「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ご記入ください		
		名 称				
		基礎年金番号・年金コード等				
㊦ 必ずご記入ください。 (3) 障害の原因である傷病についてご記入ください。	傷 病 名		1.		2.	
	傷 病 の 発 生 し た 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 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 4. 未加入		1. 国年 2. 厚年 3. 共済 4. 未加入	
	現在傷病は治っていますか。※		1. はい 2. いいえ		1. はい 2. いいえ	
	治っているときは、治った日 ※		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ご記入ください。		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発生したものであるときは、その者の氏名および住所をご記入ください。		氏 名				
		住 所				
(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	

※「治った日」には、その症状が固定し治療の効果が期待できない状態に至った日も含みます。

㊧ 生 計 維 持 申 立

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。		氏 名		続 柄		
	令和 年 月 日 請求者 住所		子				
氏 名							
収 入 関 係	1. 請求者によって生計維持していた子についてご記入ください。		※確認欄		※年金事務所の確認事項		
	(1)(名：)について年収は、85万円未満ですか。		はい・いいえ		()印		
	(2)(名：)について年収は、85万円未満ですか。		はい・いいえ		()印		
	(3)(名：)について年収は、85万円未満ですか。		はい・いいえ		()印		
2. 上記1で「いいえ」と答えた子のうち、その子の収入はこの年金の受給権発生時においては、85万円未満ですか。		はい・いいえ				ア. 健保等被扶養者 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・課税証明書等	

令和 年 月 日提出

児童扶養手当の受給者の方やその配偶者が、公的年金制度から年金を受け取るようになったり、年金額が改定されたときは、市区町村から支給されている児童扶養手当が支給停止または一部支給停止される場合があります。詳しくは、お住まいの市区町村の児童扶養手当担当窓口にお問い合わせください。