

遺族年金受給権者支給停止事由消滅届

受給権者	① 年金証書の基礎年金番号 および年金コード	基礎年金番号	年金コード
	② 生 年 月 日	明治・大正・昭和・平成	年 月 日
	(フリガナ) ③ 氏名	(フリガナ) ④ 住所	
受給権者	① 年金証書の基礎年金番号 および年金コード	基礎年金番号	年金コード
	② 生 年 月 日	明治・大正・昭和・平成	年 月 日
	(フリガナ) ③ 氏名	(フリガナ) ④ 住所	
⑤ 消 滅 の 年 月 日	平成 年 月 日		
⑥ 消 滅 の 事 由	ア 支給停止期間が満了したため イ 父母が受けていた遺族基礎年金または遺族厚生年金の受給権が消滅したため、または支給停止となったため ウ 子が受けていた遺族基礎年金または遺族基礎年金相当加算若しくは遺族厚生年金の受給権が消滅したため、または支給停止となったため エ 生計を同じくしていた父もしくは母がいなくなったため オ 選択していた年金の受給権が消滅したため、または支給停止となったため		
⑦	あなたは現在、当該遺族基礎年金または遺族厚生年金以外に公的年金制度から年金を受けていますか。受けている方・請求中の方は、その制度の名称および年金証書の基礎年金番号・年金コードを記入してください。	ア 受けている ・ イ 受けていない ・ ウ 請求中	
		名 称	
⑧	上記⑦の年金を受けている方は、その支給を受けることとなった年月日		
⑨	遺族基礎年金または遺族厚生年金の受給権者である父母または子が死亡したことによりこの届を提出するときは、右欄の該当する文字を○で囲んでください。	死亡した父母または子の相続人と なれる ・ なれない	

平成 年 月 日 提出

受給権者郵便番号 -

電話番号 () - () - ()

⑩ 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			
⑪ ○ 受給権者の個人番号	受給権者(夫または妻)氏 名		◎
<input type="text" value=""/>			

(裏面の「記入上の注意」をよく読んでから記入してください。)

記入上の注意

1. この届出は、遺族基礎年金・遺族厚生年金を受けることができる方が二人以上いるときは、連名で記入してください。
2. 受給権者が自ら署名する場合には、押印は不要です。
3. ②の年号は、該当する文字を○で囲んでください。生年月日が、たとえば、昭和29年1月16日生まれの場合

は、

明治・大正 昭和○平成	年	月	日
2	9	0	1 1 6

のように記入してください。

4. ⑤は、⑥のアからオのいずれかに該当した年月日を記入してください。
5. ⑥は、該当しているところのアからオのいずれかを○で囲んでください。
6. 加算額の対象者である子がある夫または妻にあっては、下欄の⑩に引き続き生計を同じくしていることの申立てをしてください。ただし、年金の額の一部が支給されている方は、申立ての必要はありません。
7. ⑦は、自分自身の年金について、記入してください。

上欄は該当する文字（ア・イ・ウ）のいずれかを○で囲んでください。アまたはウに該当する方は、中欄および下欄にも記入してください。なお、「公的年金制度」とは、次の制度です。

- | | | | |
|---------------|--------------|------------------|--------------|
| 1. 国民年金 | 2. 厚生年金保険 | 3. 船員保険（旧法の年金のみ） | 4. 国家公務員共済組合 |
| 5. 地方公務員等共済組合 | 6. 私立学校教職員共済 | 7. 旧農林漁業団体職員共済組合 | |

この申請書に添えなければならない書類（年金が一部でも支給されているときは、添える必要はありません。）

⑥のアまたはオを○で囲んだときは、次の書類

1. 提出する日前1月以内に作成された受給権者の生存が確認できる戸籍謄本（⑩欄に個人番号（マイナンバー）を記載することで省略できます。）
2. 実施機関から診断書を要する旨の通知を受けている方は、医師または歯科医師の診断書（この診断書の用紙は、共済組合または年金事務所にあります。）
3. 下の表の病気やけがによって年金を受けている方は、レントゲンフィルム
4. 支給を停止すべき事由が消滅したことを明らかにすることができる書類
5. 加算額の対象者である子がある夫または妻にあっては、その子との身分関係を明らかにすることができる戸籍謄本
6. 加算額の対象者である子がある夫または妻にあっては、その子が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のあることによって遺族基礎年金を受けることができる子（実施機関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。）であるときは、医師または歯科医師の診断書（この診断書の用紙は、共済組合または年金事務所にあります。）

⑥のイ、ウまたはエを○で囲んだときは、次の書類

1. 被保険者または被保険者であった方との身分関係を明らかにすることができる戸籍謄本
2. 実施機関から診断書を要する旨の通知をうけている方は、医師または歯科医師の診断書（この診断書の用紙は、共済組合または年金事務所にあります。）
3. 下の表の病気やけがによって年金を受けている方は、レントゲンフィルム
4. 支給を停止すべき事由が消滅したことを明らかにすることができる書類
5. 生計を同じくしていた父または母がいなくなったことを証する書類（エを○で囲んだときに限ります。）

表

- | | | |
|---------------------------|---------|------------------------|
| ① 呼吸器系結核 | ② 肺化のう症 | ③ けい肺(これに類似するじん肺症を含む。) |
| ④ その他認定または審査に際し必要と認められるもの | | |

この届書を提出する際に、住所を変更している方は住所変更届を、受取機関を変更している方および⑥のイを○で囲んだ方は受取機関変更届を、氏名を変更している方は氏名変更届を添えてください。