

年金受給選択申出書

(選択関係にある二つ以上の年金を受けられるようになったときに停止の解除を申請する届) 令和 年 月 日 提出

この太枠の該当欄に記入してください

| | | | | | | | | | | | | |
|---|------------------------|-------------------|--------------------------------------|----------------|---|---|---|-------|----------------------------------|---|---|---|
| ① 受けようとする年金の年金証書の基礎年金番号・年金コードまたは共済組合等の年金証書の記号番号(支給停止の解除を申請する年金) | | | | | | | | | | | | |
| ② 受けようとする年金以外の年金証書の基礎年金番号・年金コードまたは共済組合等の年金証書の記号番号 | | | | | | | | | | | | |
| ③ 遺族給付を受けようとする65歳以上の方で老齢給付の受給権者の方は、次のいずれを選択するか記入してください。 | | | | | | | | | | | | |
| ア. 遺族基礎年金と遺族厚生(共済)年金を選択 | | | イ. 遺族給付と老齢給付の一部併給(ウの場合を除く) | | | ウ. 遺族厚生(共済)年金(配偶者の死亡によるものに限る)の一部と老齢厚生(退職共済)年金の全部または一部と老齢基礎年金の併給 | | | エ. 旧遺族年金と旧障害年金等の一部併給 | | | |
| 障害給付を受けようとする65歳以上の方で老齢給付または遺族給付の受給権者の方は、次のいずれを選択するか記入してください。 | | | | | | | | | | | | |
| オ. 障害基礎年金と障害厚生(共済)年金を選択 | | | カ. 障害給付と老齢厚生(退職共済)年金または遺族厚生(共済)年金の併給 | | | キ. 障害給付と老齢厚生(退職共済)年金の全部または一部と遺族厚生(共済)年金(配偶者の死亡によるものに限る)の一部の併給 | | | ク. 障害給付の一部と老齢給付の一部と遺族厚生(共済)年金の併給 | | | |
| 今回新しく決定された年金が遺族給付の方は、下欄に記入してください。 | | | | | | | | | | | | |
| 死亡した方の氏名 | (フリガナ) 氏名 | 続柄 | 生年月日 | 明・大・昭・平・令 | 年 | 月 | 日 | 死亡年月日 | 昭・平・令 | 年 | 月 | 日 |
| ④ 氏名 | (フリガナ) 氏名 | (名) | ⑤ 生年月日 | 明・大・昭・平・令 | | 年 | 月 | | | | | 日 |
| ⑥ 住所 | 〒 電話番号 () - () - () | | | | | | | | | | | |
| ⑦ 備考 | | | | | | | | | | | | |
| ⑧ 配偶者について、以下の欄に記入してください。 | | | | | | | | | | | | |
| 現在、公的年金制度等から老齢・退職または障害を支給事由とする年金を受けていますか。 | | ア. 老齢・退職の年金を受けている | | イ. 障害の年金を受けている | | ウ. いずれも受けていない | | | | | | |
| 受けているときは、その公的年金制度等の名称および年金証書の基礎年金番号・年金コード、恩給証書等の記号番号 | | 名称 | | 基礎年金番号・年金コード等 | | | | | | | | |
| その支給を受けることとなった年月日 | | 昭和・平成・令和 | | 年 | | 月 | | | | 日 | | |

<提出先について>
・後から発生する年金の請求を共済組合等で行うこととなっている場合(ただし、同一支給事由の年金の請求を年金事務所で行うときを除く。)は、共済組合等の本部(支部)
・上記以外の場合は、年金事務所または街角の年金相談センター

<生計維持申立について>
⑨には、新たに選択する年金の額に加算額(振替加算を除く。)または加給年金額が加算される方は、「生計維持申立」欄に生計を維持していることの申立をしてください。ただし、選択する年金がすでに支給されているものであって、当該加算額または加給年金額がその加算対象者について支給されているときは、申し立てる必要はありません。
なお、選択する年金が共済組合等が支給するものであって、その年金に加給年金額、または遺族共済年金にあっては遺族基礎年金に子の加算額が加算されるときも同様に申立をしてください。

| | | | | | | | | | | |
|------------------------|-------------------|-----|------------------|-------|-----|------------------|---|-------|-----|--|
| ※ 年金共済事務組合等 の記入欄 | 1 支給開始年月 | | 年金1/2支・2/3支・全支 | | | | | | | |
| | 平成・令和 年 月 | | 支給額 | 円 | 併給 | 長・短 | | | | |
| | 2 支給停止年月 | | 年金 | | | | | | | |
| | 平成・令和 年 月 | | 支給額 | 円 | 併給 | 長・短 | | | | |
| | 3 選択換年月 | | 年金1/2支・2/3支・全支全停 | | | 年金1/2支・2/3支・全支全停 | | | | |
| | 平成・令和 年 月 | | 支給額 | 円 | 支給額 | 円 | | | | |
| | | | 年金1/2支・2/3支・全支全停 | | | 年金1/2支・2/3支・全支全停 | | | | |
| | | | 支給額 | 円 | 支給額 | 円 | | | | |
| | 4 障害基礎年金の子に対する加算 | | | | | | | | | |
| | 障害基礎年金の子に対する加算の有無 | | 有・無 | | | | | | | |
| 1 人目 | (フリガナ) 氏名 | (名) | 生年月日 | 昭・平・令 | 年 | 月 | 日 | 障害の状態 | 有・無 | |
| 2 人目 | (フリガナ) 氏名 | (名) | 生年月日 | 昭・平・令 | 年 | 月 | 日 | 障害の状態 | 有・無 | |
| 3 人目 | (フリガナ) 氏名 | (名) | 生年月日 | 昭・平・令 | 年 | 月 | 日 | 障害の状態 | 有・無 | |
| 備考 | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|---|----------------|----------|-------------|--------|--|-------|---|
| ⑨ 生計維持申立 | | | | | | | |
| 加算額・加給年金額の対象者の氏名 | 生年月日 | 受給権者との続柄 | 障害の状態にありますか | | | | |
| | 明治・昭和 大正・平成 | 年 | 月 | 日 | | ある・ない | |
| | 明治・昭和 大正・平成 | 年 | 月 | 日 | | ある・ない | |
| | 明治・昭和 大正・平成 | 年 | 月 | 日 | | ある・ない | |
| 上記の加算額、加給年金額の対象者は、加算の対象となったときから引き続き生計を維持していることを申し立てる。障害年金については、現在生計を維持していることを申し立てる。 | | | | | | | |
| 令和 年 月 日 | | | | 受給権者氏名 | | | ㊟ |

| |
|------------|
| ⑩受給権者の個人番号 |
| |



| |
|------|
| 受付番号 |
| |

| | |
|-------|-------|
| 届書コード | 84202 |
|-------|-------|