

# 障害共済年金改定請求書

共済組合受付印

印

請求者に関する事項	8   5   9   6   0   0	受給権者番号	CD	基礎年金番号		
	(フリガナ) 請求者の氏名			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	(フリガナ) 請求者の住所	〒		住民票コード番号		
		住所コード	CD	TEL ( )		
	退職年月日	年 月 日	備考			
	給付事由発生原因	給付事由		傷病名		傷病発生日
		<input type="checkbox"/> 1 非公務				年 月 日
		<input type="checkbox"/> 2 公務				初診日
	<input type="checkbox"/> 3 通勤				障害認定日	年 月 日
	現在、公的年金制度から年金を受けていますか <input checked="" type="checkbox"/> を付けてください。					
<input type="checkbox"/> 1 受けている (支給停止を含む)		<input type="checkbox"/> 2 受けていない		<input type="checkbox"/> 3 請求中 その年金について右欄に記入して下さい		
公的年金制度名		年金の種類				

加給年金対象者に関する事項	加給年金の対象となる配偶者	氏名 (フリガナ)	続柄	生年月日	障害の有無	年収又は障害の等級
				<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	上記配偶者の基礎年金番号	(共済組合記入欄) 組合員原票により、被扶養者であることを確認				
	配偶者は現在、公的年金制度から年金を受けていますか <input checked="" type="checkbox"/> を付けてください。					
	<input type="checkbox"/> 1 受けている (支給停止を含む)		<input type="checkbox"/> 2 受けていない		<input type="checkbox"/> 3 請求中 その年金について右欄に記入して下さい	
	公的年金制度名		年金の種類			
	1 の受けているに <input checked="" type="checkbox"/> をした方は下欄に必要事項を記入してください。					
	公的年金制度名		年金の種類		証書記号番号	
					必要書類	
	記入した年金それぞれについて次のものを提出してください。 ア 年金証書の全てのコピー イ 最も新しい年金振込通知書 (ハガキ) のコピー					

上記のとおり請求します。  
東京都職員共済組合理事長 殿

年 月 日

請求者氏名

印

「請求者氏名」の欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができます。

# 障害共済年金改定請求書

## 記入例

印

請求者に関する事項	受給権者番号	CD	基礎年金番号	9 4 1 0 0 0 0 0 0 0	
	8 5 9 6 0 0	0 9 8 7 6 5 4 3			
	(フリガナ) 請求者の氏名	キョウサイ タロウ 共済 太郎		性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	生年月日	昭和 ○ 年 10 月 1 日 平成 ( 43 歳)			
(フリガナ) 請求者の住所	〒 1 6 3 - 8 0 0 1	住民票コード番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0		
住所コード	CD	トウキョウト シンジュクク ニシシンジュク 東京都新宿区西新宿2丁目8番1号			
退職年月日	年 月 日	備考	TEL 03 ( 5321 ) 1111		
給付事由発生原因	給付事由	傷病名	傷病発生日	年 月 日	
	<input checked="" type="checkbox"/> 1 非公務		初診日	年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 2 公務	○ ○ ○ ○ ○	障害認定日	年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 3 通勤				
現在、公的年金制度から年金を受けていますか <input checked="" type="checkbox"/> を付けてください。					
<input type="checkbox"/> 1 受けている (支給停止を含む)			<input checked="" type="checkbox"/> 2 受けていない		<input type="checkbox"/> 3 請求中 その年金について右欄に記入して下さい
公的年金制度名			年金の種類		
1 の受けているに <input checked="" type="checkbox"/> をした方は下欄に必要事項を記入してください。					
公的年金制度名			年金の種類		証書記号番号
必要書類 記入した年金それぞれについて次のものを提出してください。 ア 年金証書の全てのコピー イ 最も新しい年金振込通知書 (ハガキ) のコピー					

加給年金額対象者に関する事項	氏名 (フリガナ)	続柄	生年月日	障害の有無	年収又は障害の等級
	キョウサイ ハナコ 共済 花子	妻	<input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 45 年 3 月 3 日 <input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	0 円
	上記配偶者の基礎年金番号	2 1 0 1 1 1 1 1 1 1		(共済組合記入欄) 組合員原票により、被扶養者であることを確認	
	配偶者は現在、公的年金制度から年金を受けていますか <input checked="" type="checkbox"/> を付けてください。				
<input type="checkbox"/> 1 受けている (支給停止を含む)			<input checked="" type="checkbox"/> 2 受けていない		<input type="checkbox"/> 3 請求中 その年金について右欄に記入して下さい
公的年金制度名			年金の種類		証書記号番号
必要書類 記入した年金それぞれについて次のものを提出してください。 ア 年金証書の全てのコピー イ 最も新しい年金振込通知書 (ハガキ) のコピー					

上記のとおり請求します。  
東京都職員共済組合理事長 殿

平成 ○ 年 8 月 ○ 日

請求者氏名 共済 太郎

共済 印

「請求者氏名」の欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができます。

Ver1.1(2018/02/01)