

老齢・障害・遺族給付支給停止撤回申出書

〔申出により停止している年金を受けるための申出書〕

|                                                                                    |              |                                                                                                    |   |   |    |              |       |          |    |          |   |          |  |
|------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|----|--------------|-------|----------|----|----------|---|----------|--|
| 52                                                                                 | 57           | ※基礎年金番号(10桁)で届出する場合は左詰めでご記入ください。                                                                   |   |   |    |              |       |          |    |          |   |          |  |
| ① 個人番号(または基礎年金番号)                                                                  |              | 4                                                                                                  | 5 | 6 | 7  | 8            | 9     | 0        | 1  | 2        | 3 |          |  |
| ② 年金コード                                                                            |              | 1                                                                                                  | 3 | 5 | 0  |              |       |          |    |          |   |          |  |
| ③ 生 年 月 日                                                                          |              | 明治・大正・昭和・平成・令和<br>1・3・5・7・9                                                                        |   |   |    |              |       | 年<br>4 1 |    | 月<br>0 9 |   | 日<br>0 8 |  |
| ④ 停止の撤回の申出を行う年金の名称を○で囲んでください。記入している年金以外について撤回の申出を行う場合は、撤回の申出を行う年金の名称を( )内にご記入ください。 |              | 老齢基礎年金・ <u>障害基礎年金</u> ・遺族基礎年金<br>老齢厚生年金・ <u>障害厚生年金</u> ・遺族厚生年金<br>上記以外 ( )<br>(年金の名称は裏面を参照してください。) |   |   |    |              |       |          |    |          |   |          |  |
| ※<br>機<br>構<br>記<br>入<br>欄                                                         | 解除<br><br>52 | 撤回年月日                                                                                              |   |   |    | 事由<br><br>18 | 撤回する部 |          |    |          |   |          |  |
|                                                                                    |              | 年                                                                                                  | 月 | 日 | 基礎 |              | 付加    | 上乘       | 独自 |          |   |          |  |

令和 9 年 2 月 12 日 提出

郵便番号 1 7 7 - 0 0 4 1

住 所 東京都練馬区石神井町三丁目1234 石神井さくらハイツ205号

(フリガナ) スズキ ナオコ

氏 名 鈴木 直子

自宅の電話番号 ( 03 ) - ( 6543 ) - ( 1234 )

⑤ 生 計 維 持 同 一 申 立

|           |                            |              |          |             |
|-----------|----------------------------|--------------|----------|-------------|
| 加算額対象者の氏名 | 生 年 月 日                    | 個人番号(マイナンバー) | 受給権者との続柄 | 障害の状態にありますか |
|           | 明治・昭和<br>大正・平成<br>令和 年 月 日 |              |          | あ る ・ な い   |
|           | 昭和<br>平成<br>令和 年 月 日       |              |          | あ る ・ な い   |
|           | 昭和<br>平成<br>令和 年 月 日       |              |          | あ る ・ な い   |

上記の加算額対象者は、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。

令和 年 月 日

受給権者氏名

該  
当  
者  
の  
み  
ご  
記  
入  
く  
だ  
さ  
い。

(裏面の「記入上の注意」をよく読んでからご記入ください。)



## 記入上の注意

- 1 太枠内をご記入ください。
- 2 この申出書で2以上の年金の支給停止の申出の撤回をすることができます。  
ただし、同一支給事由の厚生年金の受給権を複数有する場合は、すべての厚生年金の支給停止の申出の撤回を同時にしたことになります。  
例：日本年金機構と国家公務員共済組合の両方から老齢厚生年金を受給している場合
- 3 ③の年号は、該当する文字を○印で囲んでください。生年月日が、たとえば、昭和10年8月1日の場合は、

「

|                |     |     |     |
|----------------|-----|-----|-----|
| 明治・大正○昭和・平成・令和 | 年   | 月   | 日   |
| 1・3・5・7・9      | 1 0 | 0 8 | 0 1 |

」のようにご記入ください。

- 4 ④で( )内に年金の名称を記入するときは、次から選んでご記入ください。

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1 国民年金<br/>寡婦年金、付加年金</li><li>2 厚生年金保険<br/>特例老齢年金、特例遺族年金</li><li>3 旧法国民年金<br/>老齢年金、通算老齢年金、障害年金、寡婦年金</li><li>4 旧法厚生年金保険<br/>老齢年金、通算老齢年金、特例老齢年金、障害年金、遺族年金、通算遺族年金、特例遺族年金、寡婦年金、鰥夫年金</li><li>5 旧法船員保険<br/>老齢年金、通算老齢年金、特例老齢年金、障害年金、遺族年金、通算遺族年金、特例遺族年金、養老年金、寡婦年金、鰥夫年金</li><li>6 統合共済年金（厚生年金保険に統合された旧公共企業体(JT、JR、NTT)および旧農林漁業団体職員の共済組合の共済年金）<br/>退職共済年金、障害共済年金、遺族共済年金、退職年金、減額退職年金、通算退職年金、障害年金、遺族年金、通算遺族年金</li></ol> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

- 5 ⑤は該当者がいないときは、記入する必要はありません。
- 6 黒インクのボールペンでご記入ください。

## この申出書に添えなければならない書類

- 1 提出する日前1月以内に作成された受給権者の生存に関する市区町村長の証明書または戸籍抄本(①欄に個人番号(マイナンバー)を記載することで添付を省略できます。)  
記入された個人番号は、個人番号が正しい番号であることの確認(番号確認)および提出する者が番号の正しい持ち主であることの確認(身元(実存)確認)が必要なため、以下の(1)または(2)を提出してください。  
(1)マイナンバーカード(個人番号カード)  
※番号確認と身元(実存)確認できる情報の両方が記載されているため、1種類で確認が可能です。  
(2)以下の2種類(①と②1種類ずつ)を添付してください。  
①個人番号が記載されている書類から1種類  
個人番号の表示がある住民票の写し、通知カード(氏名、住所等が住民票の記載と一致する場合に限る)  
②身元(実存)確認のできる書類から1種類  
運転免許証、旅券、身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳、療育手帳、在留カード等
- 2 加算額または加給年金額の対象者がある方は、その対象者と受給権者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抄本(住民票の写しでこれに替えることはできません。)  
※ご本人や加算額対象者の個人番号(マイナンバー)を記載することで添付を省略できます。
- 3 ①国民年金法等の障害等級に相当する障害があることによって年金を受けることができる方は、医師または歯科医師の診断書(厚生労働大臣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。)  
なお、この診断書の用紙は、年金事務所にあります。  
②障害の原因となった病気やけがの種類によっては、レントゲンフィルムや心電図が必要な場合があります。  
※診断書およびレントゲンフィルム等の添付が必要かどうか不明なときは、年金事務所にお問い合わせください。
- 4 加算額または加給年金額の対象者のうち国民年金法等の障害等級の1級または2級に該当する障害の状態にある方がいるときは医師または歯科医師の診断書(厚生労働大臣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。)  
※診断書の添付が必要かどうか不明なときは、年金事務所にお問い合わせください。
- 5 受けようとする年金が、国民年金の20歳前障害による障害基礎年金である場合には、所得を明らかにすることができる所得状況届(年金証書の年金コードが「6350」「2650」の方が対象となります。)  
※所得状況届の添付が必要かどうか不明なときは、年金事務所にお問い合わせください。

※年金の支給は、この申出書を年金事務所等で受付した月の翌月分から開始されます。

< 添付書類の取扱いについて >

- 添付書類は、「コピー可」と記載されているもの以外は、原本を添付してください。
- 戸籍謄本、住民票等（年金請求等に用いることを目的として交付されたものを除きます。）の原本については、原本を提出したお客様から原本返却のお申出があった場合、職員がそのコピーをとらせていただいたうえで、お返しいたします。（第三者証明、診断書等、原本返却できない書類もあります。）
- ご本人や加算額対象者の個人番号（マイナンバー）を記載した場合であっても、戸籍謄本等の添付書類の提出を求めることがありますので、ご了承ください。