特定消防用
【送付実施機関：山形県市町村職員共済組合】

受付番号		届書コード	1 7 1 1	入力処理コード	4 3 0 0 0 1

年金請求書（国民年金・厚生年金保険老齢給付）

●この年金請求書には、共済組合等でお預かりしている情報をあらかじめ印字しています。
印字内容が異なっている場合は、二重線を引いて訂正してください。
（訂正した箇所については別途手続きが必要ですので、共済組合等にご連絡ください。）

●記入する箇所は　　の部分です（（注）　　は金融機関で証明を受ける場合に使用する欄です。）。

●黒インクのボールペンでご記入　　インクを用いたペン等は、使用しないでください

⑧ 実施機関等　受付年月日

記入例

1．ご本人（年金を受ける方）の印字内容を確認のうえ、太枠内をご記入ください。

㉓ 郵便番号	102-0084
フリガナ	トウキョウト　チヨダク　ニバンチョウ2バンチ
住　所 ㉔	東京都　千代田区　二番町２番地
フリガナ	ｷｮｳｻｲ　ﾀﾛｳ
	共済　太郎　様

性　別
男

社会保険労務士の提出代行者欄

個人番号（マイナンバー）を記入してください。
個人番号（マイナンバー）は通知カード、マイナンバーカードなどにより確認し、正確に記入してください。

① 個人番号（マイナンバー）			
基礎年金番号	1234－567890	② 生年月日	昭和XX年10月2日
電話番号1	－　－	電話番号2	090－ 5210 － XXXX

※個人番号（マイナンバー）については、15ページをご確認ください。
※共済組合等の加入期間がある方は、個人番号（マイナンバー）をご記入ください。

＊日中に連絡が取れる電話番号（携帯も可）をご記入ください

該当する数字を○で囲んでください。
公金受取口座として登録済の口座を指定する場合は、□に✓を記入してください。
公金の受取口座を必ずご記入ください。

2．年金は口座振込となり、ゆうちょ銀行または貯蓄貯金口座への振込みはできません。

③ 受取機関	フリガナ	キョウサイ	タロウ
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 □	口座名義人氏名	（氏）共済	（名）太郎

※　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。
※　指定する口座が公金受取口座として登録済の場合は、☑してください。（公金受取口座については、15ページをご

該当する数字を○で囲んでください。

年金送金先					
金融機関	㉖ 金融機関コード	㉘ 支店コード	（フリガナ）コウジマチ	銀行・金庫・信組・農協・信連・信漁連・漁協	（フリガナ）バンチョウ
	記入不要		麹町		番町

本店・支店・出張所・本所・支所

種別	口座番号（左詰めで記入）
1普通 2当座	1 2 3 4 5 6 7

ゆうちょ銀行	㉚ 貯金通帳の口座番号	
	記号（左詰めで記入）	番号（右詰めで記入）
	→	←

金融機関またはゆうちょ銀行の証明欄 ※
ページの氏名フリガナと、口座名義人の氏名フリガナが同じであることを確認してください。

※公金受取口座を指定する場合、通帳もしくはキャッシュカードのコピーの添付または金融機関等の証明は不要です。

公金受取口座として登録済の口座を指定する場合は、金融機関等の証明は不要です。（通帳またはキャッシュカードのコピーの添付も不要です。）。
公金受取口座として登録済みの口座を指定しない場合は、金融機関等の証明または通帳もしくはキャッシュカードのコピーの添付が必要です。

3. これまでの年金の加入状況についてご確認ください。

（　　〇〇年〇月　　現在の年金加入記録を（2）に印字しています。）

（1）次の年金制度の被保険者または組合員となったことがある場合は、枠内の該当する記号を〇で囲んでください。

ア．国民年金法	カ．私立学校教職員共済法
イ．厚生年金保険法	キ．廃止前の農林漁業団体職員共済組合法
ウ．船員保険法（昭和61年4月以後を除く）	ク．恩給法
エ．国家公務員共済組合法	ケ．地方公務員の退職年金に関する条例
オ．地方公務員等共済組合法	コ．旧市町村職員共済組合法

（2）下記の年金加入記録をご確認のうえ、印字内容が異なっているところは**二重線を引いて訂正**してください。
訂正した場合には「事業所(船舶所有者)の所在地または国民年金加入当時の住所」欄をご記入ください。

	事業所名称（支店名等）、船舶所有者名称または共済組合名称等	勤務期間または国民年金の加入期間（※）	年金制度	事業所（船舶所有者）の所在地または国民年金加入当時の住所	備考
1	厚生年金保険	（自）昭和XX.10.01 （至）昭和XX.04.01	厚年		
2	地方公務員等共済組合	（自）昭和XX.04.01 （至）平成XX.04.01	共済		

印字されている公務員共済組合期間に訂正がある場合は、別途手続きが必要ですので、共済組合にご連絡ください。
また、国民年金または厚生年金保険の期間に訂正がある場合は、年金事務所にお問い合わせください。

（※）厚年・船保・共済の（至）年月日については、退職日等の翌日を表示しています。

（3）3ページ（続紙を含む）に**印字されている期間以外に年金加入期間（国民年金、厚生年金保険、船員保険、共済組合）がある場合**は、その期間を下欄にご記入ください。

	事業所名称（支店名等）、船舶所有者名称または共済組合名称等（※1）（※2）	勤務期間または国民年金の加入期間	年金制度（※3）	事業所（船舶所有者）の所在地または国民年金加入当時の住所
1		（自） （至）	国年　厚年 船保　共済	
2		（自） （至）	国年　厚年 船保　共済	
3		（自） （至）	国年　厚年 船保　共済	

この欄の記入例

	事業所名称（支店名等）、船舶所有者名称または共済組合名称等（※1）（※2）	勤務期間または国民年金の加入期間	年金制度（※3）	事業所（船舶所有者）の所在地または国民年金加入当時の住所
1	**○○会社（株）△△支店**	（自）**昭和48. 10. 01** （至）**昭和49. 04. 01**	国年　(厚年) 船保　共済	**○○県△△市××町1－2－3**
2	**○○共済組合（□□市役所）**	（自）**昭和49. 04. 01** （至）**昭和50. 10. 01**	国年　厚年 船保　(共済)	**△△県□□市◇◇町3－2－1**

（※1）加入していた年金制度が国民年金の場合、事業所名称の欄には「国民年金」とご記入ください。

（※2）駐留軍の施設関係に勤めていたことがある方は、事業所名称欄に部隊名、施設名、職種をできるかぎり詳しくご記入ください。

（※3）加入していた年金制度を○で囲んでください。
「国年」…… 国民年金法（第1号被保険者・第3号被保険者）
「厚年」…… 厚生年金保険法
「船保」…… 船員保険法
「共済」…… 国家公務員共済組合法、地方公務員等共済組合法、私立学校教職員共済法など

（4）改姓・改名をしているときは、旧姓名および変更した年月日をご記入ください。

旧姓名	（フリガナ） （氏）	（名）
変更日	昭和・平成・令和　　年　　月　　日	

旧姓名	（フリガナ） （氏）	（名）
変更日	昭和・平成・令和　　年　　月　　日	

※（5）、（6）については年金受給資格期間（年金の受け取りに必要な期間）が300月以上の方は**ご記入不要です**。

（5）**20歳から60歳までの期間で年金に加入していない期間**がある場合は、その期間を下欄にご記入ください。

	20歳～60歳の加入していない期間	年齢	（3－2）ページの該当番号	学校や勤め先等（自営業、専業主婦等）	住所（市区町村）	婚姻した日 配偶者の勤め先	＊職員使用欄
1	（自）昭和ＸＸ年４月４日 （至）昭和ＸＸ年３月３１日	20歳～21歳	10	麹町大学	千代田区		
2	（自）昭和ＸＸ年４月４日 （至）昭和ＸＸ年３月３１日	21歳～28歳	8		イギリス		
3	（自） （至）	歳～歳					
4	（自） （至）	歳～歳					

保険料納付済期間（厚生年金保険や共済組合等の加入期間を含む）及び保険料免除期間の合計が25年未満の場合は、必ずご記入ください。

（6）配偶者（であった方も含みます）の氏名、生年月日、基礎年金番号をご
なお、婚姻履歴が複数ある場合は、任意の用紙に記入してください。
※8ページ5（1）に記入いただく場合は記入不要です。

カナ氏名	（　　）
漢字氏名	（　　）
生年月日	明治　大正　昭和　平成　（　　）年（　　）月（　　）日
基礎年金番号	（　　－　　）　※基礎年金番号はわかる範囲でご記入ください。

4．現在の年金の受給状況等および雇用保険の加入状況についてご記入ください。

（1） 現在、左の5ページ（表1）のいずれかの制度の年金を受けていますか。該当する番号を〇で囲んでください。

1. 受けている（全額支給停止の場合を含む）	2. 受けていない	3. 請求中

①「1.受けている」を〇で囲んだ方

公的年金制度名（表1より記号を選択）	年金の種類	（自） 年 月	48 年金証書の年金コード（4ケタ）または記号番号等
オ	・老齢または退職 ・障害 ・遺族	昭和 平成 XX 年 4 月 令和	86XX−0000012345
ア	・老齢または退職 ・障害 ・遺族	昭和 平成 XX 年 4 月 令和	1350
	・老齢または退職 ・障害 ・遺族	昭和 平成 年 月 令和	

②「3.請求中」を〇で囲んだ方

公的年金制度名（表1より記号を選択）	年金の種類
	・老齢または退職 ・障害 ・遺族

すでに年金を受けている場合、また、他の年金の請求手続き中の場合は必ずご記入ください。
原則として２つ以上の年金を同時に受け取ることはできません。年金受給選択申出書を提出し、いずれか一方の年金を選択していただくことになります。

↓加入した年金制度が国民年金のみの方は、次の（2）、（3）の記入は不要です。

（2） 雇用保険に加入したことがありますか。「はい」または「いいえ」を〇で

はい ・	いいえ

「はい」を〇で囲んだ方は下に雇用保険被保険者番号を記入し、雇用保険被保険者番号がわかるものの写しを提出してください。
「いいえ」を〇で囲んだ方は、下の事由書に記入してください。

①「はい」を〇で囲んだ方

雇用保険被保険者番号（10桁または11桁）を**左詰めでご記入**ください。

22 雇用保険被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	0

②「いいえ」を〇で囲んだ方
下の「事由書」の「ア」または「イ」を〇で囲み、氏名をご記入ください。

事 由 書

私は以下の理由により、雇用保険被保険者証等を添付できません。
（該当する項目を〇で囲んでください。）

ア．雇用保険の加入事業所に勤めていたが、雇用保険の被保険者から除外されていたため。
雇用保険法による適用事業所に雇用される者であるが、雇用保険被保険者の適用除外であり、雇用保険被保険者証の交付を受けたことがない。（例　事業主、事業主の妻等）

イ．雇用保険に加入していない事業所に勤めていたため。
雇用保険法による適用事業所に雇用されたことがないため、雇用保険被保険者証の交付を受けたことがない。

ウ．最後に雇用保険の被保険者でなくなった日から7年以上経過しているため。
過去に雇用保険被保険者証の交付を受けたが、老齢厚生年金の年金請求書受付日において、最後雇用保険被保険者の資格を喪失してから7年以上経過している。

氏　名

（3）
受 給付を

雇用保険の基本手当または高年齢雇用継続給付を受給中または受給したことがある場合は、雇用保険受給資格者証の写しまたは高年齢雇用継続給付受給資格確認票の写しを提出してください。

はい ・	いいえ

＊これから受ける予定のある方は、共済組合等にお問い合わせください。

5．配偶者・子についてご記入ください。

配偶者はいますか	はい ・ いいえ

ご本人の共済組合と厚生年金の合計の加入期間が２０年未満である場合またはご本人が６５歳到達時に配偶者が６５歳以上である場合は、添付書類は不要です。

（1）配偶者についてご記入ください。

① 配偶者の氏名、生年月日、個人番号または基礎年金番号、性別についてご記入ください。

31 氏名	(フリガナ) キョウサイ / (氏) 共済	(フリガナ) ハナコ / (名) 花子	4 生年月日	昭和 / 平成 XX年 1月 22日
3 個人番号（または基礎年金番号）	9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 9 8		性別	1. 男 / 2. 女

※基礎年金番号（

ご本人が６５歳到達時に配偶者が、共済組合と厚生年金の合計加入期間が２０年以上である老齢厚生年金の受給権を有している場合、加給年金額は必ず支給停止となります。加給年金額が支給停止となるため、加給年金額対象者の認定を希望しない場合は、その旨余白にご記入ください。

② 配偶者の住所

郵便番号	
住所	(フリ 都 道 市 区 建物名

配偶者の住所が年金を受ける方の住所と異なるときは、共済組合にご連絡ください。

③ 配偶者は現在、7ページの表1に記載されている年金を受けていますか。該当するものを〇で囲んでください。

1. 老齢・退職の年金を受けている　3. 請求中
2. 障害の年金を受けている　4. いずれも受けていない

1. または2. を〇で囲んだ方 → 下の（2）へお進みください。

4. を〇で囲んだ方 → 下の（2）へお進みください。

3. を〇で囲んだ方

公的年金制度名（表1より記号を選択）	年金の種類
	・老齢または退職 ・障害

公的年金制度名（表1より記号を選択）	年金の種類	（自） 年 月	47 年金証書の年金コード（4ケタ）、または記号番号等
イ	・老齢または退職 ・障害	昭和 / 平成 / 令和 XX年 1月	1150
	・老齢または退職 ・障害	昭和 / 平成 / 令和 年 月	

配偶者が年金を受けている場合は記入してください。

（2）7ページに該当する子がいる場合には、氏名、生年月日、個人番号（マイナンバー）および障害の状態についてご記入ください（3人目以降は余白にご記入ください。）。

32 子の氏名	(フリガナ) / (氏)	(フリガナ) / (名) 32	生年月日	平成 / 令和 年 月 日	32 診
個人番号			障害の状態	ある ない	
				日	33 診

１８歳になった後最初の３月３１日までにある子、または厚生年金保険法に定める障害等級１級・２級の障害状態にある２０歳未満の子と生計を同じくしている場合は、記入してください。

６．加給年金額に関する生計維持の申立てについてご記入ください。

8ページで記入した配偶者または子と生計を同じくしていることを申し立てる。

請求者氏名	共済　太郎

配偶者または子と同一世帯ではない場合は、別途書類が必要となりますので、共済組合にご連絡ください。

【生計維持とは】

以下の2つの要件を満たしているとき、「生計維持されている」といいます。

①生計同一関係があること
例)・住民票上、同一世帯である。
・単身赴任、就学、病気療養等で、住所が住民票上は異なっているが、生活費を共にしている。

②配偶者または子が収入要件を満たしていること
年収850万円（所得655．5万円）を将来にわたって有しないことが認められる。

ご本人（年金を受ける方）によって、生計維持されている配偶者または子がいる場合

（1） 該当するものを〇で囲んでください（3人目以降の子については、余白を使用してご記入ください。）。

配偶者または子の年収は、850万円未満ですか。		共済組合確認欄
配偶者について	はい　・　いいえ	（　　）印
子　（名：　　）について	はい　・　いいえ	（　　）印
子　（名：　　）について	はい　・　いいえ	（　　）印

記入不要

「はい」を〇で囲んだ方は、添付書類が必要です。

（2）（1）で配偶者または子の年収について「いいえ」と答えた方は、配偶者または子の年収がこの年金の受給権（年金を受け取る権利）が発生したときから、おおむね5年以内に850万円（所得655．5万円）未満となる見込みがありますか。
該当するものを〇で囲んでください。

はい　・　いいえ	共済組合確認欄	（　　）印

「はい」を〇で囲んだ方は、添付書類が必要です。

令和　XX　年　4　月　1　日　提出

給与所得がある方が申告書を提出した場合などは、この年金とは別の所得にも重複して所得控除が行われることになるため、確定申告により所得税額を納付することになる場合がありますので、ご注意ください。
また、年金からの所得控除（寡婦控除、障害者控除、配偶者控除、扶養控除などの人的控除）を希望される方のみ、この申告書をご記入ください（記入がない場合でも、本人分の公的年金等控除・基礎控除が適用されます。）。

対象年（提出年）	令和 XX 年	分 公的年金等の受給者の扶養親族等申告書

（1）ご本人のカナ氏名、生年月日、住所、基礎年金番号を確認し、氏名および個人番号（マイナンバー）をご記入ください。

氏名	キョウサイ　タロウ 共済　太郎	生年月日	ＸＸ年ＸＸ月ＸＸ日
	京都　千代田区　二番町２番地		
	個人番号（マイナンバー）		
	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		

マイナンバーを必ず記入し、マイナンバーが確認できる書類（マイナンバーカードの写し、マイナンバーが記載されている住民票または通知カード（氏名、住所等が住民票の記載と一致する場合に限ります。）のいずれか）を提出してください。

提出日、電話番号をご記入ください。ご本人が障害者・寡婦等に該当しない場合は、下記事項を〇で囲む必要はありません。

提出日	令和　XX　年　4　月　1　日　提出	え	本人障害	
電話番号	03　－　5210　－　XXXX	お	寡婦等	寡婦　ひと

年金を請求する年の所得金額（見積額）の区分を記入してください。

き に退職所得が含まれている場合は、退職所得を除いた所得金額を記入してください。

（2）上記の対象年の扶養親族等の状況についてご記入ください。
え か については「摘要」欄に記入が必要な場合があります。19ページの各欄の説明をご覧ください。
（ご本人に控除対象配偶者や扶養親族がなく、ご本人自身が障害者・寡婦等に該当しない場合は、下記事項を記入する必要はありません）

	氏名（フリガナ） 個人番号（マイナンバー）	続柄	生年月日 種別	え 障害	か 同居・別居・非居住の区分	き 所得金額（退職所得を含む）	く 退職所得を除いた所得金額
あ 源泉控除対象配偶者または障害者である同一生計配偶者	（フリガナ）キョウサイ　ハナコ 共済　花子 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 9 8	夫・妻	明・大・昭・平 XX年 1 月 22 日 老人（配偶者の区分が「1」かつ70歳以上）	普通障害 特別障害 （配偶者の区分が「1」または「3」の場合）	同居 別居 非居住	48 万円（年間）	万円（年間）
配偶者の区分	受給者の合計所得の見積額が900万円以下 1. 配偶者の合計所得見積額が48万円以下 2. 配偶者の合計所得見積額が48万円超～95万円以下			受給者の合計所得の見積額が900万円超 3. 配偶者の合計所得見積額が48万円以下 （※配偶者が障害者でない場合は控除の対象になりません）			
い 控除対象扶養親族（16歳以上）	（フリガナ）キョウサイ　イチロウ 共済　一郎 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3	子	明・大・昭・平 XX年 11月 15日 特定　老人	普通障害 特別障害	同居 別居 非居住	90 万円（年間）	40 万円（年間）
	（フリガナ）キョウサイ　サチコ 共済　幸子 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4	母	明・大・昭・平 XX年 9月 1日 特定　老人	普通障害 特別障害	同居 別居 非居住	0 万円（年間）	万円（年間）
扶養親族（16歳未満）			年 月 日				万円（年間）

き の所得見積額の区分に応じ、１、２または３のいずれかを〇で囲んでください。

記入欄を超える扶養親族がいる場合は、扶養親族について必要事項を記載した別紙を添付してください。

マイナンバーを必ず記入してください。

	氏名	続柄	生年月日	異動月日及び事由	控除を受ける他の所得者 氏名	住所	続柄
う 他の所得者が控除を受ける扶養親族等	（フリガナ）		明・大・昭・平・令 年 月 日				
	（フリガナ）		明・大・昭・平・令 年 月 日				

え か 摘要	共済　幸子は、身体障害者手帳１級（平成××年４月１日交付） 共済　幸子の住所は東京都千代田二番町３番地

※「扶養親族(16歳未満)」欄は、地方税法第45条の3の3および第317条の3の3の規定による「公的年金等受給者の扶養親族申告書」の記載欄を兼ねています。

(3)あなたが年金の支払いを受ける支払者（申告先）に☑ を一つ入れてください。

年金の支払者（申告先）			法人番号
	□	国家公務員共済組合連合会	2010005002559
地方公務員共済組合	□	地方職員共済組合	2700150001147
	□	地方職員共済組合団体共済部	
	□	公立学校共済組合	8700150003179
	□	警察共済組合	9700150000613
	□	東京都職員共済組合	2700150005742
	☑	全国市町村職員共済組合連合会	4010005002573

実施機関記入欄

記入不要

年	区分	本人 寡	本人 特	本人 普	配偶者	被扶養者 特	被扶養者 老	被扶養者 16	障害 一	障害 同	障害 別	障害 普	有無	非居住
5														

※提出年より前に年金が受けられる場合は、過去の年分の扶養親族等申告書をすべて提出していただくことになります。