

|       |    |
|-------|----|
| 届書コード | 届書 |
| 7 3 1 |    |

## 年金請求書(国民年金・厚生年金保険遺族給付)

〔遺族基礎年金・特例遺族年金・遺族厚生年金〕

- のなかに必要事項を記入してください。(◆印欄には、なにも記入しないでください)
- 黒インクのボールペンで記入してください。鉛筆や、摩擦に伴う温度変化等により消色するインクを用いたペンまたはボールペンは、使用しないでください。
- フリガナはカタカナで記入してください。
- 請求者自ら署名する場合は、請求者の押印は不要です。

実施機関等

受付年月日

二次元コード

|       |
|-------|
| 年金コード |
| 1 4   |

基礎年金番号が交付されていない方は、①、③欄に個人番号をご記入ください。  
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。  
個人番号(マイナンバー)については、10ページをご確認ください。

|       |                  |                          |
|-------|------------------|--------------------------|
| 死亡した方 | ①個人番号(または基礎年金番号) | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 1   |
|       | ②生年月日            | 明・大 昭・平 X X O O Δ Δ      |
|       | 氏名               | フリガナ リウリウ 相統 太郎 性別 ①男 ②女 |
| 請求者   | ③個人番号(または基礎年金番号) | 2 3 4 5 6 7 8 9 10 1 2   |
|       | ④生年月日            | 明・大 昭・平・令 X X O O Δ Δ    |
|       | ⑤氏名              | フリガナ リウリウ 相統 花子 続柄 ①妻 ②女 |
|       | ⑥住所の郵便番号         | ⑦住所                      |
|       | ⑧電話番号1           | ⑨電話番号2                   |

社会保険労務士の提出代行者印

\*日中に連絡が取れる電話番号(携帯可)をご記入ください。

\*予備の電話番号(携帯可)があればご記入ください。

※ 請求者が2名以上のときは、そのうちの1人についてこの請求書にご記入ください。

その他の方については、「年金請求書(国民年金・厚生年金保険遺族給付)(別紙)」(様式第106号)に記入し、この年金請求書に添えてください。

|                      |              |                  |               |               |
|----------------------|--------------|------------------|---------------|---------------|
| 年金受取機関               |              | フリガナ             | リウリウ 相統       | 花子            |
| ①金融機関<br>(ゆうちょ銀行を除く) | ②ゆうちょ銀行(郵便局) | 口座名義人氏名          | 氏名            | 花子            |
| ③金融機関コード             | ④支店コード       | フリガナ             | エトカワ 江子川      | 小岩            |
| ⑤金融機関                | ⑥ゆうちょ銀行      | ⑦預金種別            | ⑧口座番号(左詰めで記入) | 1 2 3 4 5 6 7 |
| ⑨貯金通帳の口座番号           |              | 金融機関またはゆうちょ銀行の証明 |               |               |
| ⑩支払局コード              |              | 0 1 0 1 6 0      |               |               |

※通帳等の写し(金融機関名、支店名、口座名義人氏名フリガナ、口座番号の面)を添付する場合、証明は不要です。

|                   |      |      |     |   |   |   |                 |     |
|-------------------|------|------|-----|---|---|---|-----------------|-----|
| 加算額の対象者または加給金の対象者 | 氏名   | フリガナ | 昭平令 | 年 | 月 | 日 | 障害の状態に<br>ある・ない | ◆④診 |
|                   | 個人番号 |      |     |   |   |   |                 |     |
|                   | 氏名   | フリガナ | 昭平令 | 年 | 月 | 日 | 障害の状態に<br>ある・ない | ◆④診 |
|                   | 個人番号 |      |     |   |   |   |                 |     |

|           |
|-----------|
| 連絡欄       |
| X線フィルムの送付 |
| 有・無 枚     |
| X線フィルムの返送 |
| 年 月 日     |



ア あなたは、現在、公的年金制度等(表1参照)から年金を受けていますか。○で囲んでください。

|         |           |        |             |       |
|---------|-----------|--------|-------------|-------|
| ① 受けている | 2. 受けていない | 3. 請求中 | 制度名(共済組合名等) | 年金の種類 |
|---------|-----------|--------|-------------|-------|

受けていると答えた方は下欄に必要事項を記入してください(年月日は支給を受けることになった年月日を記入してください)。

| 公的年金制度名<br>(表1より記号を選択) | 年金の種類 | 年 月 日 | 年金証書の年金コードまたは記号番号等 |
|------------------------|-------|-------|--------------------|
| 1                      | 老齢給付  | 2014  | 1150               |
|                        |       |       |                    |
|                        |       |       |                    |

「年金の種類」とは、老齢または退職、障害、遺族をいいます。

| ②年金コードまたは共済組合コード・年金種別 |  |  |  |  |
|-----------------------|--|--|--|--|
| 1                     |  |  |  |  |
| 2                     |  |  |  |  |
| 3                     |  |  |  |  |
| ③他年金種別                |  |  |  |  |

① 履歴 死亡した方の公的年金制度加入経過

※できるだけ詳しく、正確に記入してください。

| 1. 事業所(船舶所有者)の名称および船員<br>であったときはその船舶名 | 2. 事業所(船舶所有者)の所在地<br>または国民年金加入時の住所 | 3. 勤務期間または国<br>民年金の加入期間 | 4. 加入していた年<br>金制度の種類                              | 5. 備 考 |
|---------------------------------------|------------------------------------|-------------------------|---------------------------------------------------|--------|
| 最初                                    | 江別区西川港0-0-0                        | 41.9.19から<br>44.9.9まで   | ①国民年金<br>2. 厚生年金保険<br>3. 厚生年金(船員)保険<br>4. 共済組合等   |        |
| 2                                     | 〇〇株式会社 中央区本橋0-0-0                  | 44.9.10から<br>12.9.19まで  | 1. 国民年金<br>②厚生年金保険<br>3. 厚生年金(船員)保険<br>4. 共済組合等   |        |
| 3                                     | 江別区西川港0-0-0                        | 12.9.20から<br>18.9.19まで  | ①国民年金<br>2. 厚生年金保険<br>3. 厚生年金(船員)保険<br>4. 共済組合等   |        |
| 4                                     |                                    | . . から<br>. . まで        | 1. 国民年金<br>2. 厚生年金保険<br>3. 厚生年金(船員)保険<br>4. 共済組合等 |        |
| 5                                     |                                    | . . から<br>. . まで        | 1. 国民年金<br>2. 厚生年金保険<br>3. 厚生年金(船員)保険<br>4. 共済組合等 |        |
| 6                                     |                                    | . . から<br>. . まで        | 1. 国民年金<br>2. 厚生年金保険<br>3. 厚生年金(船員)保険<br>4. 共済組合等 |        |
| 7                                     |                                    | . . から<br>. . まで        | 1. 国民年金<br>2. 厚生年金保険<br>3. 厚生年金(船員)保険<br>4. 共済組合等 |        |
| 8                                     |                                    | . . から<br>. . まで        | 1. 国民年金<br>2. 厚生年金保険<br>3. 厚生年金(船員)保険<br>4. 共済組合等 |        |
| 9                                     |                                    | . . から<br>. . まで        | 1. 国民年金<br>2. 厚生年金保険<br>3. 厚生年金(船員)保険<br>4. 共済組合等 |        |
| 10                                    |                                    | . . から<br>. . まで        | 1. 国民年金<br>2. 厚生年金保険<br>3. 厚生年金(船員)保険<br>4. 共済組合等 |        |
| 11                                    |                                    | . . から<br>. . まで        | 1. 国民年金<br>2. 厚生年金保険<br>3. 厚生年金(船員)保険<br>4. 共済組合等 |        |
| 12                                    |                                    | . . から<br>. . まで        | 1. 国民年金<br>2. 厚生年金保険<br>3. 厚生年金(船員)保険<br>4. 共済組合等 |        |
| 13                                    |                                    | . . から<br>. . まで        | 1. 国民年金<br>2. 厚生年金保険<br>3. 厚生年金(船員)保険<br>4. 共済組合等 |        |



必ず記入してください。

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                                               |                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| 1. 死亡した方の生年月日、住所                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 昭和 20 年 XX 月 XX 日 | 住所                                            | 〒133-0057 江戸川区西小岩 0-0-0                                     |
| 2. 死亡年月日                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 令和 0 年 XX 月 XX 日  | 3. 死亡の原因である傷病または負傷の名称                         | 急性心不全                                                       |
| 4. 傷病または負傷の発生した日                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 令和 0 年 XX 月 XX 日  | 5. 傷病または負傷の初診日                                | 令和 0 年 XX 月 XX 日                                            |
| 6. 死亡の原因である傷病または負傷の発生原因                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                   | 7. 死亡の原因は第三者の行為によりますか。                        | 1. はい ・ 2. いいえ                                              |
| 8. 死亡の原因が第三者の行為により発生したものであるときは、その者の氏名および住所                                                                                                                                                                                                                                                                   | 氏名                |                                               |                                                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 住所                |                                               |                                                             |
| 9. 請求する方は、死亡した方の相続人になれますか。                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                   |                                               | 1. はい ・ 2. いいえ                                              |
| 10. 死亡した方は次の年金制度の被保険者、組合員または加入者となったことがありますか。あるときは番号を○で囲んでください。                                                                                                                                                                                                                                               |                   |                                               |                                                             |
| ① 国民年金法                      ② 厚生年金保険法                      3. 船員保険法（昭和61年4月以後を除く）<br>4. 廃止前の農林漁業団体職員共済組合法                      5. 国家公務員共済組合法                      6. 地方公務員等共済組合法<br>7. 私立学校教職員組合法                      8. 旧市町村職員共済組合法                      9. 地方公務員の退職年金に関する条例                      10. 恩給法 |                   |                                               |                                                             |
| 11. 死亡した方は、10 欄に示す年金制度から年金を受けていましたか。                                                                                                                                                                                                                                                                         | 1. はい<br>2. いいえ   | 受けていたときは、その制度名と年金証書の基礎年金番号および年金コード等を記入してください。 | 制度名      年金証書の基礎年金番号および年金コード等<br>厚生年金      1234-567891-1150 |
| 12. 死亡の原因は業務上ですか。                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 1. はい ・ 2. いいえ    | 13. 労災保険から給付が受けられますか。                         | 1. はい ・ 2. いいえ                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                   | 14. 労働基準法による遺族補償が受けられますか。                     | 1. はい ・ 2. いいえ                                              |
| 15. 遺族厚生年金を請求する方は、下の欄の質問に答えてください。いずれかを○で囲んでください。                                                                                                                                                                                                                                                             |                   |                                               |                                                             |
| ア 死亡した方は、死亡の当時、厚生年金保険の被保険者でしたか。                                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                                               | 1. はい ・ 2. いいえ                                              |
| イ 死亡した方が厚生年金保険（船員保険）の被保険者若しくは共済組合の組合員の資格を喪失した後に死亡したときであって、厚生年金保険（船員保険）の被保険者または共済組合の組合員であった間に発した傷病または負傷が原因で、その初診日から5年以内に死亡したものです。                                                                                                                                                                             |                   |                                               | 1. はい ・ 2. いいえ                                              |
| ウ 死亡した方は、死亡の当時、障害厚生年金（2級以上）または旧厚生年金保険・旧船員保険の障害年金（2級相当以上）若しくは共済組合の障害年金（2級相当以上）を受けていましたか。                                                                                                                                                                                                                      |                   |                                               | 1. はい ・ 2. いいえ                                              |
| エ 死亡した方は平成29年7月までに老齢厚生年金または旧厚生年金保険・旧船員保険の老齢年金・通算老齢年金若しくは共済組合の退職給付の年金の受給権者でしたか。                                                                                                                                                                                                                               |                   |                                               | 1. はい ・ 2. いいえ                                              |
| オ 死亡した方は保険料納付済期間、保険料免除期間および合算対象期間（死亡した方が大正15年4月1日以前生まれの場合は通算対象期間）を合算した期間が25年以上ありましたか。                                                                                                                                                                                                                        |                   |                                               | 1. はい ・ 2. いいえ                                              |
| ① アからウのいずれか、またはエ若しくはオに「はい」と答えた方<br>⇒ 16 にお進みください。                                                                                                                                                                                                                                                            |                   |                                               |                                                             |
| ② アからウのいずれかに「はい」と答えた方で、エまたはオについても「はい」と答えた方<br>⇒ 下の□のうち、希望する欄に☑を付してください。                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                                               |                                                             |
| <input type="checkbox"/> 年金額が高い方の計算方法での決定を希望する。                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                                               |                                                             |
| <input type="checkbox"/> 指定する計算方法での決定を希望する。<br>⇒ 右欄のアからウのいずれか、またはエ若しくはオを○で囲んでください。                                                                                                                                                                                                                           |                   |                                               |                                                             |
| 16. 死亡した方が共済組合等に加入したことがあるときは、下の欄の質問に答えてください。                                                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                                               |                                                             |
| ア 死亡の原因は、公務上の事由によりますか。                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                   |                                               | 1. はい ・ 2. いいえ                                              |
| イ 請求者は同一事由によって、追加費用対象期間を有することによる共済組合法に基づく遺族給付を受けられますか。                                                                                                                                                                                                                                                       |                   |                                               | 1. はい ・ 2. いいえ                                              |



# 生計維持証明

⑤ 生計同一関係

右の者は、死亡者と生計を同じくしていたこと、および配偶者と子が生計を同じくしていたことを申し立てる。証明する

令和〇年×月△△日

請求者  
証明者

住所

江川区西小岩〇-〇-〇

氏名

相続 花子

請求者との関係

請求者

氏名

続柄

相続 花子

妻

- 〔注〕 1. この申立は、民生委員、町内会長、事業主、年金委員、家主などの第三者（第三者には、民法上の三親等内の親族は含まれません。）の証明に代えることができます。  
2. 請求者が申立てを行う際に自ら署名する場合は、請求者の押印は不要です。

⑥ 収入関係

1. この年金を請求する方は次に答えてください。

※確認印

\*年金事務所の確認事項

(1) 請求者(名: 花子)について年収は、850万円未満ですか。 はい・いいえ

( ) 印

ア. 健保等被扶養者（第三号被保険者）

(2) 請求者(名: )について年収は、850万円未満ですか。 はい・いいえ

( ) 印

イ. 加算額または加給年金額対象者

(3) 請求者(名: )について年収は、850万円未満ですか。 はい・いいえ

( ) 印

ウ. 国民年金保険料免除世帯

2. 上記1で「いいえ」と答えた方のうち、その方の収入がこの年金の受給権発生当時以降おおむね5年以内に850万円未満となる見込みがありますか。 はい・いいえ

エ. 義務教育終了前

オ. 高等学校在学中

カ. 源泉徴収票・非課税証明等

（※）平成6年11月8日までに受給権が発生している方は、「600万円未満」となります。

令和〇年××月△△日 提出



# 機構独自項目

|                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |                                                                          |                  |  |  |  |  |
|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--------------------------------------------------------------------------|------------------|--|--|--|--|
| 死亡した方                                            | 過去に加入していた年金制度の年金手帳の記号番号で、基礎年金番号と異なる記号番号があるときは、その記号番号を記入してください。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |                                                                          |                  |  |  |  |  |
|                                                  | 厚生年金保険                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |                                                                          | 国民年金             |  |  |  |  |
| 請求者                                              | 船員保険                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |                                                                          |                  |  |  |  |  |
|                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |                                                                          |                  |  |  |  |  |
| 請求者                                              | 請求者の④欄を記入していない方は、次のことにお答えください。(記入した方は回答の必要はありません。)<br>過去に厚生年金保険、国民年金または船員保険に加入したことがありますか。○で囲んでください。<br>「ある」と答えた方は、加入していた制度の年金手帳の記号番号を記入してください。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |                                                                          |                  |  |  |  |  |
|                                                  | 厚生年金保険                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |                                                                          | 国民年金             |  |  |  |  |
| 請求者                                              | 船員保険                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |                                                                          |                  |  |  |  |  |
|                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |                                                                          |                  |  |  |  |  |
| 必ず記入してください。                                      | ① 死亡した方が次の年金または恩給のいずれかを受けることができたときは、その番号を○で囲んでください。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |                                                                          |                  |  |  |  |  |
|                                                  | 1. 地方公務員の恩給      2. 恩給法(改正前の執行官法附則第13条において、その例による場合を含む。)による普通恩給<br>3. 日本製鉄八幡共済組合の老齢年金または養老年金      4. 旧外地関係または旧陸海軍関係共済組合の退職年金給付                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |                                                                          |                  |  |  |  |  |
|                                                  | 2. 死亡した方が昭和61年3月までの期間において国民年金に任意加入しなかった期間または任意加入したが、保険料を納付しなかった期間が、次に該当するときはその番号を○で囲んでください。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |                                                                          |                  |  |  |  |  |
|                                                  | 1. 死亡した方の配偶者が5ページ⑤の(10)欄(国民年金法を除く。)に示す制度の被保険者、組合員または加入者であった期間<br>2. 死亡した方の配偶者が5ページ⑤の(10)欄(国民年金法を除く。)および(1)欄に示す制度の老齢年金または退職年金を受けることができた期間<br>3. 死亡した方または配偶者が5ページ⑤の(10)欄(国民年金法を除く。)に示す制度の老齢年金または退職年金の受給資格期間を満たしていた期間<br>4. 死亡した方または配偶者が5ページ⑤の(10)欄(国民年金法を除く。)および(1)欄に示す制度から障害年金を受けることができた期間<br>5. 死亡した方または配偶者が戦傷病者戦没者遺族等援護法の障害年金を受けることができた期間<br>6. 死亡した方が5ページ⑤の(10)欄(国民年金法を除く。)および(1)欄に示す制度から遺族に対する年金を受けることができた期間<br>7. 死亡した方が戦傷病者戦没者遺族等援護法の遺族年金または未帰還者留守家族手当もしくは特別手当を受けることができた期間<br>8. 死亡した方または配偶者が都道府県議会、市町村議会の議員および特別区の議会の議員ならびに国会議員であった期間<br>9. 死亡した方が都道府県知事の承認を受けて国民年金の被保険者とされなかった期間 |  |  |  |                                                                          |                  |  |  |  |  |
|                                                  | (3) 死亡した方が国民年金に任意加入しなかった期間または任意加入したが、保険料を納付しなかった期間が、上に示す期間以外で次に該当するときはその番号を○で囲んでください。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                                                                          |                  |  |  |  |  |
|                                                  | 1. 死亡した方が日本国内に住所を有しなかった期間<br>2. 死亡した方が日本国内に住所を有していた期間であって日本国籍を有しなかったため国民年金の被保険者とされなかった期間<br>3. 死亡した方が学校教育法に規定する高等学校の生徒または大学の学生であった期間<br>4. 死亡した方が昭和61年4月以後の期間において下に示す制度の老齢または退職を事由とする年金給付を受けることができた期間<br>ただし、エからサに示す制度の退職を事由とする年金給付であって年齢を理由として停止されている期間は除く。<br>ア 厚生年金保険法      イ 船員保険法(昭和61年4月以後を除く)      ウ 恩給法<br>エ 国家公務員共済組合法      オ 地方公務員等共済組合法(ケを除く)      カ 私立学校教職員共済法<br>キ 廃止前の農林漁業団体職員共済組合法      ク 国会議員互助年金法      ケ 地方議会議員共済法<br>コ 地方公務員の退職年金に関する条例      サ 改正前の執行官法附則第13条                                                                                                         |  |  |  |                                                                          |                  |  |  |  |  |
|                                                  | (4) 死亡した方は国民年金に任意加入した期間について特別一時金を受けたことがありますか。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |  |                                                                          | 1. はい      ② いいえ |  |  |  |  |
|                                                  | (5) 昭和36年4月1日から昭和47年5月14日までの間に沖縄に住んでいたことがありますか。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |                                                                          | 1. はい      ② いいえ |  |  |  |  |
|                                                  | (6) 旧陸海軍等の旧共済組合の組合員であったことがありますか。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |                                                                          | 1. はい      ② いいえ |  |  |  |  |
|                                                  | ⑦ 死亡した方が退職後、個人で保険料を納める第四種被保険者、船員保険の年金任意継続被保険者となったことがありますか。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |                                                                          | 1. はい      ② いいえ |  |  |  |  |
| 「はい」と答えたときは、その保険料を納めた年金事務所(社会保険事務所)の名称を記入してください。 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |                                                                          |                  |  |  |  |  |
| その保険料を納めた期間を記入してください。                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  | 昭和<br>平成      年      月      日      から      昭和<br>平成      年      月      日 |                  |  |  |  |  |
| 第四種被保険者 船員年金任意継続被保険者 の整理記号番号を記入してください。           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  | 記号      番号                                                               |                  |  |  |  |  |