

記入上の注意事項

- この請求書は、以下の期間中に初診日がある場合にご提出ください。
 - ・国民年金加入期間
 - ・20歳前または60歳以上65歳未満（国内に住んでいる方のみ）の年金未加入期間
- 請求する方の状況に応じて、書き方が異なりますのでご注意ください。
- 日本年金機構のホームページに年金請求書の記入方法等が確認できる動画を掲載しています。
<https://www.nenkin.go.jp/tokusetsu/shougainenkinseikyuu.html>

記入方法が動画で確認できます。



【二次元コード】

年金請求書(国民年金障害基礎年金)

様式第107号

二次元コード

年金コード		
5	3	
6	3	5

630002

● のなかに必要事項をご記入ください。
 (★◆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ご記入ください。
 鉛筆や、摩擦に伴う温度変化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ご記入ください。

★ 市区町村

年金事務所

※個人番号(マイナンバー)で届出する場合は、本人確認書類が必要です。

⑨記録不要制度 作成原因

(厚年)	(船員)	(国年)	(国共)	(地共)	(私学)
					02

① 個人番号 (マイナンバー)	X X X X X X X X X X X X	② 基礎年金番号	X X X X X X X X X X X X	③ 生年月日	昭・平・令 5 7 9 X X X X X X
⑩ 氏名(氏)	ネンキン タロウ 年金 太郎	⑪ 住所の郵便番号	1680071	⑫ 住所	スギナミ タカイドニシ 3-5-24 杉並 市 高井戸西3丁目5番24号

⑬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。C「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ご記入ください。)

厚生年金保険	国民年金	船員保険	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

⑭年金受取機関 ※	(フリガナ) ネンキン タロウ	(フリガナ) 年金 太郎
1. 金融機関(ゆうちょ銀行を除く)	※1または2に○をつけ、希望する年金の受取口座を下記必ずご記入ください。	
2. ゆうちょ銀行(郵便局)	※また、指定する口座が公金受取口座として登録済の場合は左欄ご記入ください。	
<input type="checkbox"/> 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	

金融機関	⑮金融機関コード	⑯支店コード	(フリガナ) ネンキン	(フリガナ) タカイド	⑰預金種別	⑱口座番号(左詰めで記入)
ゆうちょ銀行	記入不要	年金	高井戸	本店	1. 普通	X X X X X X

⑲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欄
記号(左詰めで記入)	※貯蓄預金口座または貯蓄預金口座への振込みはできません。
-	請求者の氏名フリガナと口座名義人氏名フリガナが同じであることをご確認ください。

基礎年金番号や年金手帳記号番号が2つ以上ある場合は、窓口にお申し出ください。

原則として、住民票住所をご記入ください。ただし、住民票住所と異なる居所を通知書等送付先とする場合には、例外的に年金請求書の住所欄に通知書等送付先を記入したうえで、別途、「住民基本台帳による住所等の更新停止・解除申出書」をご提出ください。

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。

ゆうちょ銀行の通帳記号に枝番(ハイフンに引き続く数字)がある方のみご記入ください。

<受取機関>

金融機関またはゆうちょ銀行(郵便局)の証明を受けてください。なお、次の場合は、金融機関またはゆうちょ銀行(郵便局)の証明は必要ありません。

- ・預金通帳(貯金通帳)を持参する場合
- ・預金通帳(貯金通帳)、キャッシュカードおよび預金口座を明らかにすることができる金融機関が発行する書類のコピーのうち、いずれか1点を添付する場合
- ・インターネット専業銀行等の口座番号がわかる画面をプリントアウトしたもの等を添付する場合
- ・公金受取口座として登録済の口座を指定する場合

注) 貯蓄口座では年金の受け取りができません。また、インターネット専業銀行の中には年金の受け取りができない銀行もありますのでご注意ください。

<ア欄 加算額の対象者>

⑦ 加算額の 対象者	① (フリガナ) 氏名 ネンキン (名) ジロウ 年金 二郎	② 生年月日 平7 年 月 日 令9 X X X X X X	③ 障害の状態に ある・ない	◆ 診	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
	④ 個人番号 X X X X X X X X X X X X X X	⑤ (フリガナ) 氏名 (氏) (名)	⑥ 生年月日 平7 年 月 日 令9	⑦ 障害の状態に ある・ない	

* 3人目以降は余白等にご記入ください。

生計を同じくしている子がいる場合はご記入ください。

■子の年齢要件は次のいずれかとなります。

- ・18歳になった後の最初の3月31日まで
- ・国民年金法施行令別表に定める障害等級1級・2級の障害の状態にある場合は20歳未満

■併せて「㊟生計維持申立」欄の記入が必要です。

「ある」を○で囲んだ場合は、診断書の提出が必要です。

<イ欄 請求者の年金および配偶者について>

① 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ご記入ください（年月日は支給を受けることになった年月日をご記入ください）。

制度名（共済組合名等）	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

「年金の種類」とは、老齢または退職、障害、遺族をいいます。

※あなたの配偶者について、ご記入ください。

⑧ (フリガナ) 氏名 ネンキン ハナコ 年金 花子	⑨ 生年月日 昭和XX年XX月XX日	⑩ 基礎年金番号 X X X X - X X X X X X
----------------------------------	-----------------------	-----------------------------------

⑪ 年金コードまたは共済組合コード・年金種別

1			
2			
3			
⑫	他年金種別		

他の年金を請求手続き中の場合もご記入ください。
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。
いずれか一方の年金を選ぶことになります。

請求者が配偶者の加給年金額対象者である場合、障害基礎年金を受けている間は配偶者の加給年金額が支給停止されます。該当する方は「加給年金額支給停止事由該当届」の提出が必要となる場合があります。

<個人番号>

個人番号
(マイナンバー) X X X X X X X X X X X X X X

マイナンバー（個人番号）を記入することにより、生年月日に関する書類の添付が不要になります。ただし、障害状態を確認するための診断書や所得を確認するための所得状況届等の提出が必要となる場合があります。

※ご記入いただいていない場合であっても、ご提出いただいた住民票情報等を基に、マイナンバー法に基づき、マイナンバーを登録させていただきます。マイナンバーの登録後は、年1回の現況の確認（現況届）や住所変更の届出が原則不要になります。

<カ欄 障害について>

障害基礎年金を請求する傷病名のみご記入ください。
請求書に添付する診断書「①障害の原因となった傷病名」欄
をご確認ください。

「2. 事後重症による請求」を○で
囲んだ場合は、あてはまる理由を下
から選んで○で囲んでください。

(1) この請求は左の頁にある「障害給付の請求事由」の1から3までのいずれに該当しますか。該当する番号を○で囲んでください。		<input checked="" type="radio"/> 1. 障害認定日による請求 <input type="radio"/> 2. 事後重症による請求 <input type="radio"/> 3. 初めて障害等級の1級または2級に該当したことによる請求		
「2」を○で囲んだときは右欄の該当する理由の番号を○で囲んでください。		1. 初診日から1年6月目の状態で請求した結果、不支給となった。 2. 初診日から1年6月目の症状は軽かったが、その後悪化して症状が重くなった。 3. その他(理由)		
(2) 過去に障害給付を受けたことがありますか。	<input type="radio"/> 1. はい <input type="radio"/> 2. いいえ	「1. はい」を○で囲んだときは、その障害給付の名称と年金証書の基礎年金番号および年金コード等をご記入ください。	名 称 基礎年金番号・年金コード等	
⑦ 必ずご記入ください。	傷 病 名	1. 脳 出 血	2.	3.
	傷 病 の 発 生 し た 日	昭和 平成 令和 <input checked="" type="radio"/> 2年4月25日	昭和 平成 令和 年 月 日	昭和 平成 令和 年 月 日
	初 診 日	昭和 平成 令和 <input checked="" type="radio"/> 2年4月25日	昭和 平成 令和 年 月 日	昭和 平成 令和 年 月 日
	初診日において加入していた年金制度	<input checked="" type="radio"/> 1. 国年 <input type="radio"/> 2. 厚年 <input type="radio"/> 3. 共済 <input type="radio"/> 4. 未加入	1. 国年 <input type="radio"/> 2. 厚年 <input type="radio"/> 3. 共済 <input type="radio"/> 4. 未加入	1. 国年 <input type="radio"/> 2. 厚年 <input type="radio"/> 3. 共済 <input type="radio"/> 4. 未加入
	現在傷病は治っていますか。 ※	<input type="radio"/> 1. はい <input checked="" type="radio"/> 2. いいえ	<input type="radio"/> 1. はい <input type="radio"/> 2. いいえ	<input type="radio"/> 1. はい <input type="radio"/> 2. いいえ
	治っているときは、治った日 ※	昭和 平成 令和 年 月 日	昭和 平成 令和 年 月 日	昭和 平成 令和 年 月 日
	傷病の原因は業務上ですか。	<input type="radio"/> 1. はい <input checked="" type="radio"/> 2. いいえ		
	この傷病について右に示す制度から保険給付が受けられるときは、その番号を○で囲んでください。請求中のときも同様です。	<input type="radio"/> 1. 労働基準法 <input type="radio"/> 2. 労働者災害補償保険法 <input type="radio"/> 3. 船員保険法 <input type="radio"/> 4. 国家公務員災害補償法 <input type="radio"/> 5. 地方公務員災害補償法 <input type="radio"/> 6. 公立学校の学校医、学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償に関する法律		
	受けられるときは、その給付の種類番号を○で囲み、支給の発生した日をご記入ください。	<input type="radio"/> 1. 障害補償給付(障害給付) <input type="radio"/> 2. 傷病補償給付(傷病年金)		
	障害の原因は第三者の行為によりますか。	<input type="radio"/> 1. はい <input checked="" type="radio"/> 2. いいえ		
障害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をご記入ください。	氏 名			
	住 所			
(4) 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。	<input type="radio"/> 1. はい <input checked="" type="radio"/> 2. いいえ			

※ 治った日」には、その症状が固定し治療の効果が期待できない状態に至った日も含まれます。

初診日において20歳前または60歳以上65歳未満で厚生年金または共済組合に加入中でない場合は、「未加入」を○で囲んでください。

請求する傷病の原因が業務上である場合は、その下の欄の中から該当するものを○で囲んでください。

交通事故など、障害の原因が第三者の行為による場合は、その旨を窓口にお申し出ください。別途書類が必要です。

用語の説明

<初診日とは>

初診日とは、障害の原因となった病気やけが（以下「傷病」といいます）について、初めて医師または歯科医師（以下「医師等」といいます）の診療を受けた日をいいます。

同一傷病で転医があった場合は、一番初めに医師等の診療を受けた日が初診日となります。

<障害認定日とは>

障害認定日とは、障害の程度を定める日のことで、その障害の原因となった傷病についての初診日から起算して1年6カ月を経過した日、または1年6カ月以内にその傷病がなおった場合（症状が固定した場合）はその日をいいます。

<㊦欄 生計維持申立>

請求者によって生計を維持されている子が加算対象者となる場合にご記入ください。

㊦ 生 計 維 持 申 立				
生 計 同 一 関 係	右の子は請求者と生計を同じくしていることを申し立てる。			
	令 和	X X年 X X月 X X日		
	請 求 者 住 所	杉並区高井戸西3-5-24		
	氏 名	年 金 太 郎		
	子	氏 名	年金 二郎	
		続 柄	次男	
収 入 関 係	1. 請求者によって生計維持していた子についてご記入ください。		※確認欄	※年金事務所の確認事項
	(1) (名: 二郎) について年収は、850万円未満ですか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい・いいえ	()印	ア. 健保等被扶養者
	(2) (名:) について年収は、850万円未満ですか。	はい・いいえ	()印	イ. 国民年金保険料免除世帯
	(3) (名:) について年収は、850万円未満ですか。	はい・いいえ	()印	ウ. 義務教育終了前
	2. 上記 1 で「いいえ」と答えた子のうち、その子の収入はこの年金の受給権発生時においては、850万円未満ですか。	はい・いいえ		エ. 高等学校在学中
				オ. 源泉徴収票・課税証明書等
				令和 X X年 X X月 X X日提出

この欄は、収入関係1.で「いいえ」と答えた方のみ対象となります。