

年金請求書(国民年金・厚生年金保険障害給付)

[障害基礎年金・障害厚生年金・障害手当金]

様式第104号

年金コード	
13	
430002	82

○ ☐ 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、押印は不要です。

二次元コード

実施機関等

受付年月日

基礎年金番号が交付されていない方は、①、②の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。

①請求者の個人番号※
 (または基礎年金番号) 00000000000000

②配偶者の個人番号
 (または基礎年金番号)

③生 年 月 日 昭・平・令 42年08月24日

④氏 名 (フリガナ) ハイノ (氏) 丙野 (名) 三郎 ⑤性別 1. 男 2. 女

⑥住 所 住所の郵便番号 (フリガナ) カノニシ 市 区 村 宜野湾 1-3-1

電話番号1 () - (9987) - () 電話番号2 () - () - ()

課 所 符 号	進 達 番 号	厚年資格
		10・20 21・22
船保資格	記録不要制度	作成原因
10・20 21・22	(厚年)(船員)(国年)(国共)(地共)(私学)	02
船 戦 加	重	未 保
		支 保
		配 状

社会保険労務士の提出代行者印

作成 社会保険労務士(沖縄県社会保険労務士会)

* 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。

提出代行者中島隆史 TEL 090-9570-4082

※個人番号(マイナンバー)については、6ページをご確認ください。

⑦ 年金受取機関		(フリガナ)	ハイノ	(名)	三郎
1. 金融機関 (ゆうちょ銀行を除く)		口座名義人氏 名	丙野		
2. ゆうちょ銀行(郵便局)					
年金送金先	金融機関	金融機関コード	支店コード	(フリガナ)	銀行 金庫 信組 農協 信連 信漁連 漁協
	ゆうちょ銀行	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	
		記 号 (左詰めで記入)	番 号 (右詰めで記入)	※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。 ※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確認してください。 ※貯蓄預金口座または貯蓄貯金口座への振込みはできません。	
		12345-	06789000		
		支払局コード	1008996		

⑧ 配偶者	氏 名	(フリガナ) (氏) (名)	生年月日	大 昭 平	年 月 日
	氏 名	(フリガナ) (氏) (名)	生年月日	昭 平 令	年 月 日
⑨ 子	個人番号		障害の状態に ある・ない	◆ 診	
	氏 名	(フリガナ) (氏) (名)	生年月日	昭 平 令	年 月 日
	個人番号		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	

⑩ あなたの配偶者は、公的年金制度等(表1参照)から老齢・退職または障害の年金を受けていますか。○で囲んでください。

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

年金コードまたは共済組合コード・年金種別	
1	
2	
3	

「年金の種類」とは、老齢または退職、障害をいいます。

⑪ 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 (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

年金コードまたは共済組合コード・年金種別	
1	
2	
3	
他 年 金 種 別	

「年金の種類」とは、老齢または退職、障害、遺族をいいます。

⑫ 次の年金制度の被保険者または組合員等となったことがあるときは、その番号を○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)
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
7. 私立学校教職員共済法	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		

⑬ 履 歴(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)の所在地または国民年金加入時の住所	(3) 勤務期間または国民年金の加入期間	(4) 加入していた年金制度の種類	(5) 備 考
最初		から まで	1. 国民年金 2. 厚生年金保険 3. 厚生年金(船員)保険 4. 共済組合等	
2	被保険者記録照会回答票記載のとおり	から まで	1. 国民年金 2. 厚生年金保険 3. 厚生年金(船員)保険 4. 共済組合等	
3		から まで	1. 国民年金 2. 厚生年金保険 3. 厚生年金(船員)保険 4. 共済組合等	
4	内野三郎	から まで	1. 国民年金 2. 厚生年金保険 3. 厚生年金(船員)保険 4. 共済組合等	
5		から まで	1. 国民年金 2. 厚生年金保険 3. 厚生年金(船員)保険 4. 共済組合等	
6		から まで	1. 国民年金 2. 厚生年金保険 3. 厚生年金(船員)保険 4. 共済組合等	
7		から まで	1. 国民年金 2. 厚生年金保険 3. 厚生年金(船員)保険 4. 共済組合等	
8		から まで	1. 国民年金 2. 厚生年金保険 3. 厚生年金(船員)保険 4. 共済組合等	
9		から まで	1. 国民年金 2. 厚生年金保険 3. 厚生年金(船員)保険 4. 共済組合等	
10		から まで	1. 国民年金 2. 厚生年金保険 3. 厚生年金(船員)保険 4. 共済組合等	

(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。		① 障害認定日による請求 2. 事後重症による請求 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。	1. はい 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・年金コード等を記入してください。	名 称 基礎年金番号・年金コード等
⑭ 必ず記入してください。	(3) 傷 病 名	1. 脳幹出血	2.
	傷 病 の 発 生 し た 日	昭和30年6月30日	昭和 年 月 日
	初 診 日	昭和30年6月30日	昭和 年 月 日
	初診日において加入していた年金制度	1. 国年 ② 厚年 3. 共済	1. 国年 2. 厚年 3. 共済
	現在傷病はなおっていますか。	1. はい ② いいえ	1. はい 2. いいえ
	なおっているときは、なおった日	昭和 年 月 日	昭和 年 月 日
	傷病の原因は業務上ですか	1. はい 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。	1. 労働基準法 2. 労働者災害補償保険法 3. 船員保険法 4. 国家公務員災害補償法 5. 地方公務員災害補償法 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、その給付の種類の番号を○で囲み、支給の発生した日を記入してください。	1. 障害補償給付（障害給付） 2. 傷病補償給付（傷病年金） 昭和 年 月 日	
	障害の原因は第三者の行為によりですか。	1. はい 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記入してください。	氏 名		
住 所			

生 計 維 持 申 立

⑮ 生計同一関係	右の者は、請求者と生計を同じくしていることを申し立てる。 令和 年 月 日 請求者 住所 氏 名		配偶者 および子	氏 名	続 柄
(注) 請求者が申立てを行う際に自ら署名する場合は、押印は不要です。					
⑯ 収入関係	1. 請求者によって生計維持していた者について記入してください。		※確認印	※年金事務所の確認事項	
	(1) 配偶者について年収は、850万円未満(注)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) 子(名:)について年収は、850万円未満(注)ですか。	はい・いいえ	()印	イ. 国民年金保険料免除世帯	
	(3) 子(名:)について年収は、850万円未満(注)ですか。	はい・いいえ	()印	ウ. 義務教育終了前	
	(4) 子(名:)について年収は、850万円未満(注)ですか。	はい・いいえ	()印	エ. 高等学校在学中	
2. 上記1で「いいえ」と答えた者のうち、その者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(注)ですか。		はい・いいえ		オ. 源泉徴収票・課税証明書等	

(注) 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 2 年 11 月 20 日 提出

機構独自項目

⑰ 請求者	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				
⑱ 配偶者	②欄を記入していない方は、あなたの配偶者について、つぎの1および2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。)									
	1. 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。 「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				
	船員保険									
	2. あなたと配偶者の住所が異なるときは、下欄に配偶者の住所および性別を記入してください。									
	住所の郵便番号		住所 (フリガナ)		性別					
					男 女 1 2					
⑲ 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」と答えた人は、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 年 月 日 から 昭和 年 月 日 平成 令和					
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)			

上・外	初診年月日		障害認定日		(外)傷病名コード		(上)傷病名コード		診断書
上・外 1・2	元号	年 月 日	元号	年 月 日					
(外)等級	(上)等級	有	有	年	三	差引			
			元号						

基礎	受給権発生年月日		停止事由		停止期間		条 文	
	元号	年 月 日		元号	年 月 日			
礎	失権事由		失権年月日					
		元号	年 月 日					

厚生	受給権発生年月日		停止事由		停止期間		条 文	
	元号	年 月 日		元号	年 月 日			
生	失権事由		失権年月日					
		元号	年 月 日					

⑤①	共済コード		共 済 記 録 1		2	
	元号	年 月 日	元号	年 月 日	元号	年 月 日
	3		⑤②		4	
	元号	年 月 日	元号	年 月 日	元号	年 月 日
	5		6			
	元号	年 月 日	元号	年 月 日	元号	年 月 日

時効区分