

記入上の注意事項

- この請求書は、厚生年金保険加入中に初診日がある場合にご提出ください。
- 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。

<請求書 1 ページ>

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ご記入ください。

個人番号(マイナンバー)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。※ご記入いただけ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。

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) X X X X X X X X X X X X X X

② 配偶者の個人番号 (または基礎年金番号) X X X X X X X X X X X X X X

③ 生年月日 昭・平・令 X X 年 X X 月 X X 日

④ 氏名 (フリガナ) ネンキン タロウ (氏) 年金 太郎 ⑤ 性別 1. 男 2. 女

⑥ 住所 (フリガナ) スギナミ タカイドニシ3-5-24 (氏) 杉 並 市 区 高井戸西3丁目5番24号

住所の郵便番号 1680071 電話番号1 (090)-(XXXX)-(XXXX) 電話番号2 (03)-(XXXX)-(XXXX)

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上で、別途、「住民基本台帳による住所の更新停止・解除申出書」をご提出ください。

社会保険労務士の提出代行者欄  
\* 日中に連絡が  
\* 予備の電話番号

⑦ 年金受取機関 (フリガナ) ネンキン タロウ (氏) 年金 太郎

1. 金融機関 (ゆうちょ銀行を除く)  
2. ゆうちょ銀行(郵便局)

金融機関コード 支店コード (フリガナ) ネンキン 銀行 (フリガナ) タカイド (氏) 年金 高井戸

金融機関 記入不要 年金 高井戸 本店 支店 出払所 本所 支所

預金種別 口座番号 (左詰めで記入) X X X X X X X X

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欄

記号 (左詰めで記入) 番号 (右詰めで記入)

支払局コード 1 0 0 8 9 9 6

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。

⑧ 配偶者 氏名 (フリガナ) ネンキン ハナコ (氏) 年金 花子 生年月日 大 昭 平 X X X X X X X X

氏名 (フリガナ) ネンキン ジロウ (氏) 年金 二郎 生年月日 昭 平 令 X X X X X X X X

⑨ 子 個人番号 X X X X X X X X X X X X X X 障害の状態にある・ない

氏名 (フリガナ) (氏) 生年月日 昭 平 令

「ある」を○で囲んだ場合は、診断書の提出が必要です。

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

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。

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

■ 併せて請求書5ページ「生計維持申立」欄の記入が必要です。

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。○

1. 老齢・退職の年金を受けている	<input checked="" type="radio"/> 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)
-------------------	---	---------------	--------	-------------

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)

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
イ	障害	15. 2. 14	1 3 5 0

「年金の種類」とは、老齢または退職、障害をいいます。

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。

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。○で困ってください。

1. 受けている	<input checked="" type="radio"/> 2. 受けていない	3. 請求中	制度名(共済組合名等)
----------	--	--------	-------------

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)

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

「年金の種類」とは、老齢または退職、障害、遺族をいいます。

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。

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。

過去に加入したことのある制度の番号をすべて○で囲んでください。

- |   |   |                        |
|---|---|------------------------|
| <input checked="" type="radio"/> 1. 国民年金法             | <input checked="" type="radio"/> 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) |
| <input checked="" type="radio"/> 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、正確にご記入ください。

(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 (有)〇〇商店	台東区台東2-×	昭58・4・1から 平5・3・31まで	1. 国民年金 <input checked="" type="radio"/> 2. 厚生年金保険 3. 厚生年金(船員)保険 4. 共済組合等	
2	杉並区高井戸西3-5-24	平5・4・1から 平8・3・31まで	<input checked="" type="radio"/> 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 △△商店(株)	江東区亀戸5-×-×	平8・4・1から 平11・3・31まで	1. 国民年金 <input checked="" type="radio"/> 2. 厚生年金保険 3. 厚生年金(船員)保険 4. 共済組合等	
4 △△商店(株)大阪工場	大阪市東区谷町9-×	平11・4・1から 平23・3・31まで	1. 国民年金 <input checked="" type="radio"/> 2. 厚生年金保険 3. 厚生年金(船員)保険 4. 共済組合等	
5 △△商店(株)大阪支店	大阪市西区北堀江9-×	平23・4・1から 平24・6・30まで	1. 国民年金 <input checked="" type="radio"/> 2. 厚生年金保険 3. 厚生年金(船員)保険 4. 共済組合等	
6 △△商店(株)東京支店	江東区亀戸5-×-×	平24・7・1から ・ ・ まで	1. 国民年金 <input checked="" type="radio"/> 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 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	

加入していた年金制度が国民年金のときは記入不要です。

事業所(会社)の名称、所在地が変わっている場合でも、勤務していた当時のものをご記入ください。

(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。	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 必ずご記入ください。 障害の原因である傷病についてご記入ください。	傷 病 名	1. <b>脳 出 血</b>	2.	
	傷 病 の 発 生 し た 日	<input checked="" type="radio"/> 昭和 <b>25</b> 年 4 月 25 日	昭和 年 月 日	
	初 診 日	<input checked="" type="radio"/> 昭和 <b>25</b> 年 4 月 25 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. <input checked="" type="radio"/> 厚年 3. 共済	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 ・ <input checked="" type="radio"/> 2. いいえ	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	昭和 年 月 日
	傷病の原因は業務上ですか。	1. はい ・ <input checked="" type="radio"/> 2. いいえ	1. はい ・ 2. いいえ	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ま	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、その方の氏名および住所を記入してください。	氏 名			
	住 所			

「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。

障害厚生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。

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。

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XX年X月X日	氏 名	続 柄	
	請求者 住所 <b>杉並区高井戸西3-5-24</b>	<b>年金花子</b>	<b>妻</b>	
	氏名 <b>年金太郎</b>	<b>年金二郎</b>	<b>次男</b>	
⑯ 収入関係	1. 請求者によって生計維持していた方についてご記入ください。	※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。	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	( )印	ア. 健保等被扶養者（第三号被保険者）
	(2) 子(名: <b>二郎</b> ) について年収は、850万円未満(注)ですか。	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> 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」と答えた方のうち、その方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	( )印	オ. 源泉徴収票・課税証明書等	

この欄は、⑯収入関係1.で「いいえ」と答えた方のみ対象となります。

(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 XX年 XX 月 XX 日 欄

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か月を経過した日、または1年6か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。

<請求書 7 ページ>

機構独自項目

⑪ 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、その記号番号をご記入ください。	
	厚生年金保険	国民年金
⑫ 配偶者	⑫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。○で回んでください。 「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ご記入ください。	
者	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ご記入ください。		
住所の郵便番号	住所 (フリガナ)	性別
		男女 1 2
⑬ 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」と答えた方は、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ご記入ください。		昭和 平成 令和
第四種被保険者(船員年金任意継続被保険者)の整理記号番号をご記入ください。		(記号) (番号)

会社名だけでなく支店、工場等についてもご記入ください。

<請求書 8 ページ> 代理人に手続きを委任される場合にご記入ください。

代理人 ※ご本人(委任する方)がご記入ください。		<b>委任状</b>	
フリガナ	コクネン サブロウ	ご本人との関係	会社の同僚
氏名	国年 三郎		
住所	〒168 - 0071 電話 (090) XXXX - XXXX 杉並区 高井戸西 9-9-9 高井戸マンション101		
私は、上記の者を代理人と定め、以下の内容を委任します。			
基礎年金番号	X X X X X X X X X X X	作成日	令和 X X 年 X X 月 X X 日
フリガナ	ネンキン タロウ	生年月日	昭和 平成 X X 年 X X 月 X X 日 令和
氏名	年金 太郎		
住所	〒168 - 0071 電話 (090) XXXX - XXXX 杉並区 高井戸西 3-5-24		
委任する内容	●委任する事項を次の項目から選んで○を付け、5を選んだ場合は委任する内容を具体的に記入してください。 ① 年金及び年金生活者支援給付金の請求について ② 年金及び年金生活者支援給付金の見込み額について ③ 年金の加入期間について ④ 各種再交付手続きについて 5. その他(具体的に記入してください)。 ●年金に関する情報の交付について希望の有無を、A~C の項目から選んで○をつけてください。 A. 代理人に交付を希望する。 ⑤ 本人宛に郵送を希望する。 C. 交付を希望しない。		

※代理人は運転免許証など代理人自身の本人確認ができるもの(文書による請求または照会の場合は写し)をご用意ください。

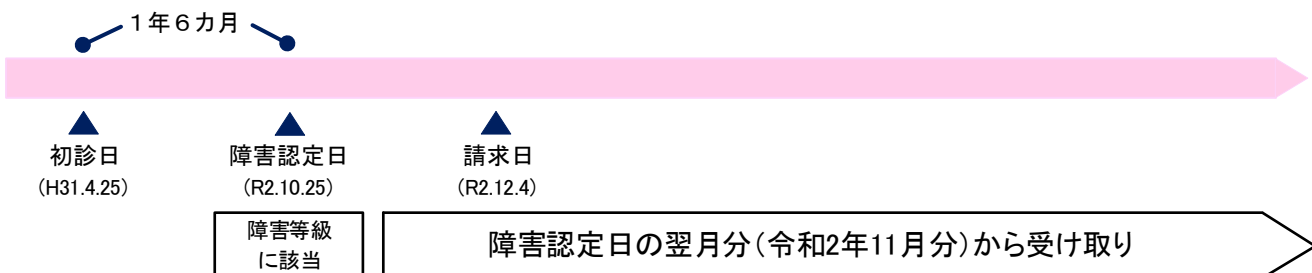
## <障害年金の請求ケース>

### ケース1

社員のAさん(52歳)は、平成31年4月25日に脳出血で倒れて病院に運ばれましたが、左半身にマヒが残りました。そのため、Aさんは障害厚生年金を請求することになりました。

#### 解説

ケース1の初診日は平成31年4月25日となり、障害認定日は1年6カ月経過した日である令和2年10月25日となります。障害認定日の症状が国民年金法施行令・厚生年金保険法施行令(別表第一)に定める障害等級の状態にあれば、障害認定日以降に障害厚生年金を請求することで、障害認定日の翌月分(令和2年11月分)から受け取れます。



#### 障害認定日による請求

障害認定日に国民年金法施行令・厚生年金保険法施行令(別表第一)に定める障害等級1級、2級または3級の状態にあるときに障害認定日の翌月分から年金が受けられます(ただし、保険料の納付要件を満たしていることが必要です)。

このことを「認定日による請求」といいます。

請求書に添付する診断書は、障害認定日時点の症状がわかるものが必要です。なお、請求する日が、障害認定日より1年以上過ぎているときは、請求手続き以前3カ月以内の症状がわかる診断書も併せて必要となります。

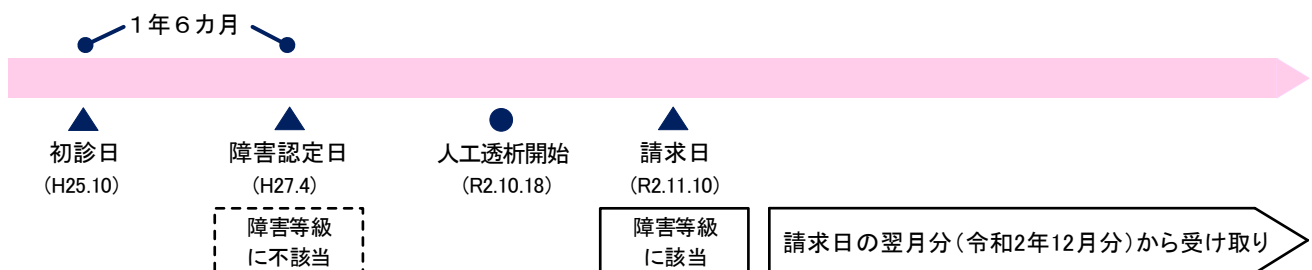
請求書は障害認定日以降に提出することができます。

### ケース2

社員のBさん(45歳)は、平成25年10月から糖尿病で病院に通っています。最近になって体調が悪くなり、令和2年10月18日から人工透析をはじめたので障害厚生年金を請求することになりました。

#### 解説

ケース2の初診日は平成25年10月に糖尿病で初めて病院に行った日です。障害認定日の症状は軽かったので、障害等級には該当しませんでした。しかし、令和2年10月18日から人工透析(2級相当)を開始したため、人工透析開始日以降に障害厚生年金を請求することで事後重症による障害厚生年金を請求日の翌月分から受け取れます。



#### 事後重症による請求

障害認定日に国民年金法施行令・厚生年金保険法施行令(別表第一)に定める障害等級1級、2級または3級の状態に該当しなかった人でも、その後病状が悪化し、1級、2級または3級の障害の状態になったときには請求により障害厚生年金が受けられます(ただし、保険料の納付要件を満たしていることが必要です)。

このことを「事後重症による請求」といいます。

請求書に添付する診断書は、請求手続き以前3カ月以内の症状がわかるものが必要です。

事後重症による請求の場合、請求日の翌月分からの受け取りとなりますので、請求が遅くなると、年金の受け取りが遅くなります。

請求書は、65歳の誕生日の前々日までに提出する必要があります。