

共済適用表示

障害給付受給権者 障害不該当届

(障害たる年金給付を受ける原因となった障害の程度が軽くなったときの届)

*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。

51															
①	個人番号(または基礎年金番号)および年金コード	個人番号(または基礎年金番号)										年金コード			
		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	1	3	5
②	生 年 月 日	大	昭	平	令	X	X	X	X	X	X				
③	国民年金法、厚生年金保険法または国家公務員共済組合法の障害等級に該当する障害の状態でなくなった年月日	昭和・平成・令和 XX年 XX月 XX日													
※	停止年月日	事由													
	年 月 日	11													

令和 XX年 XX月 XX日 提出

郵便番号 168-0071

住所 杉並区高井戸西3-5-24 OOマンションXXX号室

受給権者

(フリガナ)

ネン キン タ ロウ

氏名 年金太郎

自宅の電話番号 (XX) - (XXXX) - (XXXX)

記入上の注意

※印欄には、記入しないでください。

②の年号は、該当する文字を○印で囲んでください。

生年月日は、たとえば、昭和10年1月6日生まれの場合は、

「

大	昭	平	令	年	月	日
				1	0	0
				1	0	6

のようにご記入ください。

◎黒インクのボールペンで記入してください。

実施機関等

受付年月日