

【国民年金】

障害基礎年金の請求手続きのご案内

様の年金請求書には、次の○印の書類を添付してください。

相談受付 令和 年 月 日 担当者名

項番	添付書類	対象	提出前にご確認を
1	基礎年金番号通知書 年金手帳等の基礎年金番号を明らかにすることができる書類 } いずれかの書類のコピー	本人 配偶者	<input checked="" type="checkbox"/>
2	年金証書・恩給証書（受給権があるものすべて）のコピー	本人 配偶者	<input checked="" type="checkbox"/>
3	戸籍全部事項証明書（戸籍謄本）※ 戸籍一部事項証明書（戸籍抄本）※	本人 子	<input checked="" type="checkbox"/>
4	住民票（続柄の記載があるもの）※	本人 世帯全員	<input checked="" type="checkbox"/>
5	所得証明書・課税（非課税）証明書 （平成・令和 年度 [平成・令和 年分]～平成・令和 年度 [平成・令和 年分]）	本人 子	<input checked="" type="checkbox"/>
6	学生証 } いずれかの書類のコピー 在学証明書 }	子	<input checked="" type="checkbox"/>
7	障害基礎年金の子の加算請求に係る確認書		<input checked="" type="checkbox"/>
8	請求者名義の預金（貯金）通帳 } いずれかの書類のコピー 請求者名義のキャッシュカード } <small>（金融機関名、支店番号、口座名義人氏名フリガナ、口座番号の記載がある面）</small> *貯蓄口座では年金の受け取りができません。	本人	<input checked="" type="checkbox"/>
9	診断書・レントゲンフィルム・心電図	本人 子	<input checked="" type="checkbox"/>
	ア 障害認定日：平成・令和 年 月 日～平成・令和 年 月 日の症状の診断書 イ 現在：請求手続き以前3カ月以内の症状の診断書		<input checked="" type="checkbox"/>
10	受診状況等証明書（初診日等の証明）		<input checked="" type="checkbox"/>
11	病歴・就労状況等申立書		<input checked="" type="checkbox"/>
12	その他に必要な書類 ア 身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳 イ 第三者行為事故状況届および添付書類（確認書、交通事故証明書、示談書など） ウ 生計維持申立書 エ 障害給付請求事由確認書 オ 時効に関する申立書または請求遅延に関する申立書 カ その他（)		<input checked="" type="checkbox"/>

※障害認定日による請求の場合は、障害認定日以降かつ請求日以前6カ月以内のものを添付してください。
事後重症による請求の場合は、請求日以前1カ月以内のものを添付してください。

（提出時期 令和 年 月 日以降）

手続きの際の注意事項

- 代理人の方が相談にお越しになるときは、「委任状」のほか、代理人の方のご本人確認のため運転免許証などをご用意ください。
- 添付書類は、「コピー」と記載されているもの以外は、原本を添付してください。
- 戸籍謄本、住民票等（年金請求等に用いることを目的として交付されたものを除きます。）の原本については、原本を提出したお客様から原本返却のお申出があった場合、職員がそのコピーをとらせていただいたうえで、お返しいたします。（第三者証明、診断書等、原本返却できない書類もあります。）
- マイナンバー（個人番号）をご記入いただくことにより、ご本人の生年月日に関する書類（戸籍抄本等）の添付を省略できます。また、マイナンバーについては、3ページをご確認ください。

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
630002

年金コード

5	3	5
6	3	5

● 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。

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。

① 個人番号 (マイナンバー)	X	X	X	X	X	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	X	X	X	X	X
③ 生年月日	昭	平	令	年	月	日	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
④ 氏名(氏)	ネンキン			タロウ			性別										
	年金			太郎			男		1								
⑤ 住所の郵便番号	1680071			⑥ 住所			スギナミ										
				杉並			タカイドニシ 3-5-24										
				市			高井戸西3丁目5番24号										
				区													
				町													
				村													

⑦ 記録不要制度 作成原因

(厚年)	(船員)	(国年)	(国共)	(地共)	(私学)	作成原因
						02

⑧ 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"/>

⑨ 年金受取機関 ※

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欄必ずご記入ください。
 ※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に○をつけてください。

2. ゆうちょ銀行(郵便局) 公金受取口座として登録済の口座を指定

(フリガナ) ネンキン タロウ
 口座名義人氏名 年金 太郎

⑩ 金融機関コード ⑪ 支店コード (フリガナ) ネンキン

金融機関 年金 高井戸

⑫ 貯金通帳の口座番号

記号(左詰めで記入) 番号(右詰めで記入)

⑬ 預金種別 ⑭ 口座番号(左詰めで記入)

1. 普通 2. 当座 XXXXX

金融機関またはゆうちょ銀行の証明欄 ※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。

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。

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。

記入不要

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 氏名 (フリガナ) ネンキン (氏) 年金 シロウ 二郎	生年月日 平7 令9 X X X X X X	障害の状態に ある・ <input checked="" type="radio"/> 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
	② 氏名 (フリガナ) 個人番号 X X X X X X X X X X X X X X	生年月日 平7 令9 年 月 日	障害の状態に ある・ <input type="radio"/> ない	◆ 診	

* 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	<input checked="" type="radio"/> 2. 受けていない	3. 請求中	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。

② 氏名 (フリガナ) ネンキン ハナコ 年金花子	生年月日 昭和XX年XX月XX日	基礎年金番号 X X X X - X X X X X X
---------------------------------------	---------------------	---------------------------------

③ 年金コードまたは共済組合コード・年金種別
1
2
3
④ 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。	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. _____
	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 年 月 日 平成 年 月 日 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 年 月 日 平成 年 月 日 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
	現在傷病は治っていますか。 ※	1. はい <input checked="" type="radio"/> 2. いいえ	1. はい <input type="radio"/> 2. いいえ
	治っているときは、治った日 ※	昭和 年 月 日 平成 年 月 日 令和 年 月 日	昭和 年 月 日 平成 年 月 日 令和 年 月 日
	傷病の原因は業務上ですか。	1. はい <input type="radio"/> 2. いいえ <input checked="" type="radio"/>	
	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ご記入ください。	1. 障害補償給付(障害給付) 昭和 平成 令和 <input checked="" type="radio"/> 年 月 日	
	障害の原因は第三者の行為によりますか。	1. はい <input type="radio"/> 2. いいえ <input checked="" type="radio"/>	
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。	1. はい <input type="radio"/> 2. いいえ <input checked="" type="radio"/>		

※ 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。			子	氏 名	続 柄
	令和 XX年 XX月 XX日				年金 二郎	次男
	請求者 住所 杉並区高井戸西3-5-24					
	氏 名 年金 太郎					
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	<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	()印	ウ. 義務教育終了前 エ. 高等学校在学中 オ. 源泉徴収票・課税証明書等	
	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。		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
令和 XX年 XX月 XX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。

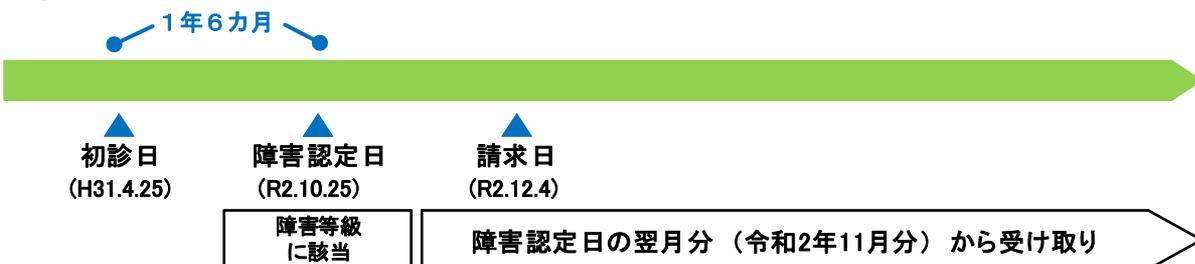
<障害年金の請求ケース>

ケース1

自営業の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さんは障害基礎年金を請求することにしました。

■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基礎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別表に定める障害等級1級または2級の状態にあるときに障害認定日の翌月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「障害認定日による請求」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。

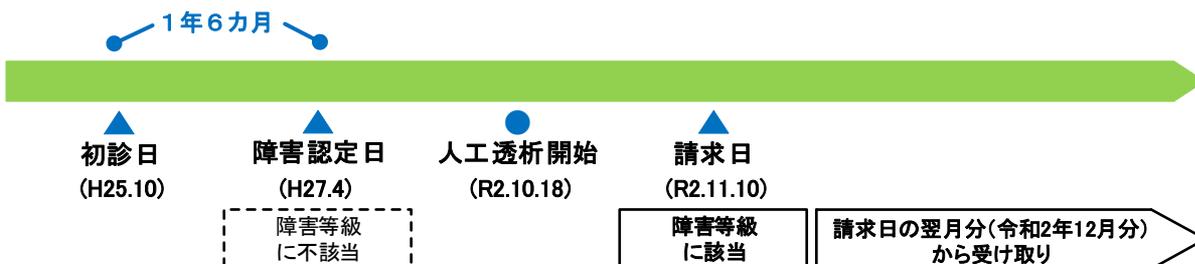
請求書は障害認定日以降に提出することができます。

ケース2

専業農家の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基礎年金を請求することにしました。

■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基礎年金を請求することで事後重症による障害基礎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別表に定める障害等級1級または2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級または2級の障害の状態になったときには請求により障害基礎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。