

公立学校共済組合理事長 殿

加給年金額対象者等異動連絡票

加給年金額対象者等に次のような異動が生じたので、該当する番号に○印をつけ、必要書類を添えて提出します。

			提出年月日：平成 年 月 日	
㊦ 異動事由			届書名	
該当する番号を○で囲んでください	1. 死亡した (死亡日：平成 年 月 日)		必要書類なし 住民基本台帳ネットワークシステムにより確認できないときは、死亡の事実が確認できる戸籍抄本等が必要になります。	
	2. 離婚した 3. 子が年金受給者の配偶者以外の養子になった 4. 養子縁組を解消した 5. 子が婚姻した		当該事実を証明する戸籍抄本等 父子(母子)世帯の障害共済年金受給者が3～5の異動事由に該当した場合は、この異動連絡票のみご提出ください。必要書類は別途ご案内します。	
	6. 障害等級1級または2級の子が18歳に達した年度末以降に障害等級が3級以下になった		退職共済年金受給者および父子(母子)世帯の障害共済年金受給者のみ、この連絡票をご提出ください。必要書類は別途ご案内します。	
	7. 配偶者または子の年収が850万円(所得が655.5万円)以上になった		所得証明書	
	8. 年金受給者が加給年金額の加算された老齢厚生年金を受けることになった		受給する年金証書の写し 全額支給停止されていた年金が(一部でも)支給され始めた場合もご連絡ください。	
	9. 配偶者が公的年金制度から老齢(退職)または障害を事由とする年金を受けることになった(老齢基礎年金は除きます)			
	10. 配偶者が公的年金制度から老齢(退職)または障害を事由とする年金を受けられなくなった		支給額変更通知書の写し	
	㊧当共済組合の(支部)年金証書記号番号	() -	㊨退職した都道府県名	
	(または基礎年金番号)	-		
	フリガナ		連絡先	日中連絡可能な電話番号
㊩年金受給者氏名	㊪	電話番号	☎ ()	
フリガナ		続柄	配偶者・子	
㊫加給年金額対象者氏名		生年月日	(大・昭・平) 年 月 日	

※当共済組合から老齢厚生年金または障害厚生年金を受給されている方は、専用の届出書が必要となる場合があります。その際は届出書を別途ご案内します。