

### 老齢・障害給付 加給年金額支給停止事由消滅届

〔 配偶者加給年金額が支給停止されている受給権者の配偶者が老齢・退職または障害を支給事由とする年金が受けられなくなったときの届 〕

\*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。

受給権者	① 個人番号（または基礎年金番号）																			
	年金証書の年金コード																			
	② 生 年 月 日	大・昭・平・令																		
加給年金額対象者	③ 配偶者の氏名																			
	④ 配偶者の生年月日	大・昭・平・令																		
	⑤ 配偶者が公的年金制度等から支給を受けていた老齢・退職または障害を支給事由とする年金の名称およびその支給を行う制度の名称等	年金の名称																		
		制度の名称																		
	⑥ 上記⑤の年金を受けられなくなった年月日	大・昭・平・令																		

令和 年 月 日 提出

郵便番号 □□□-□□□□

住 所

受給権者

(フリガナ)

氏 名

電話番号 ( )-( )-( )

### 生 計 維 持 申 立

上記の加給年金額対象者である配偶者は、受給権を取得した当時（老齢厚生年金にあつては、当該受給権を取得したとき当該年金額の計算の基礎となった被保険者期間の月数が240月未満であったときは、当該被保険者期間の月数が240月以上となるに至った当時）から引き続き生計を維持していることを申し立てる。

令和 年 月 日

受給権者氏名

(裏面の「記入上の注意」をよく読んでから記入してください。)

実施機関等  
受付年月日

