

特別支給の退職共済年金受給権者障害者特例請求書

(受給権者が、障害の状態に該当することにより特例支給を請求するときの届)

| | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|--|--------|------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 年金証書番号 | 5 | 1 | 2 | - | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 基礎年金番号 | 9 | 3 | 8 | 0 | - | 8 | 9 | 1 | 0 | 1 | 1 | | | |
| (フリガナ) | ネンキン タロウ | | | | | | | | | | | | | |
| 受給権者氏名 | 年金 太郎 | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 昭和 22 年 9 月 10 日 | | | | | | | | | | | | | |
| (フリガナ) | ナガノケン ナガノシ ナナセナカマチ 161-1 | | | | | | | | | | | | | |
| 住 所 | (〒 380-8511) 長野県 長野市 七瀬中町 161-1 電話番号 (026 - 225 - 3621) | | | | | | | | | | | | | |
| 障害を支給事由とする年金を受けている場合 | 障害を支給事由とする年金の名称、支給を行う制度の名称および年金証書番号 | 年金の名称 | 障害厚生年金 | | | | | | | | | | | |
| | | 制度の名称 | 厚生年金 | | | | | | | | | | | |
| | | 年金証書番号 | 9380-891011 1350 | | | | | | | | | | | |
| | 上記の年金を受けるようになった年月 | | 昭和・平成 16 年 5 月 | | | | | | | | | | | |
| 障害を支給事由とする年金を受けていない場合 | 障害の原因となった疾病または負傷の傷病名 | | | | | | | | | | | | | |
| | 上記の疾病または負傷の初診日 | | 昭和・平成 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| | 障害の状態に該当することとなった年月日 | | 昭和・平成 年 月 日 | | | | | | | | | | | |

エヌ・ティ・ティ企業年金基金理事長 殿

平成 19 年 10 月 10 日

請求者氏名 年金 太郎



特別支給の退職共済年金受給権者障害者特例請求書

(受給権者が、障害の状態に該当することにより特例支給を請求するときの届)

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|-------------------------------------|--------|-------------|---|---|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 年金証書番号 | | | | - | 0 | 0 | 0 | | | | | | | | | |
| 基礎年金番号 | | | | | | | - | | | | | | | | | |
| (フリガナ) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受給権者氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 昭和 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| (フリガナ) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住 所 | (〒 -) | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 電話番号 (- -) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 障害を支給事由とする年金を受けている場合 | 障害を支給事由とする年金の名称、支給を行う制度の名称および年金証書番号 | 年金の名称 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 制度の名称 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 年金証書番号 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 上記の年金を受けるようになった年月 | | 昭和・平成 年 月 | | | | | | | | | | | | | |
| 障害を支給事由とする年金を受けていない場合 | 障害の原因となった疾病または負傷の傷病名 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 上記の疾病または負傷の初診日 | | 昭和・平成 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| | 障害の状態に該当することとなった年月日 | | 昭和・平成 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |

エヌ・ティ・ティ企業年金基金理事長 殿

平成 年 月 日

請求者氏名

印