

【遺族基礎年金受給世帯の減免に必要なもの】



で囲んだ箇所が読み取れる写真またはPDFを添付してください。
それ以外の部分は隠していただいても構いません。

(減免対象資格)

○遺族基礎年金を受けている方がいる世帯。

(注意)

○遺族厚生年金とは異なります。

○年金証書の住所と給水装置の場所が異なる場合は、現住所が分かるもの
(保険証、運転免許証、マイナンバーカード等) の写真やPDFを添付してください。

※保険証に記載の被保険者等記号・番号や、マイナンバーカードに記載のマイナンバーは、
必ず隠した状態にしてください。

○年金証書は受給権者ご本人様のもののほか、お子様のものも添付してください。

国民年金・厚生年金保険年金証書

年金の種類 遺族 基礎年金番号 年金コード

受給権者の氏名

受給権者の生年月日 年 月 日 受給権を取得した年月 年 月

上記のとおり、国民年金法による年金給付・厚生年金保険法による
保険給付を行うことに決定したことを証します。

平成 年 月 日 厚生労働大臣

厚生年金保険 年金決定通知書

遺族 厚生年金 該当条文 厚生年金保険法 第 条の

支給開始 年 月	基本額 (円)	加給年金額 または加算額 (円)	繰下げによる 加算額 (円)	支給停止額 (円)	年金額 (円)

停止事由 停止期間 年 月から 年 月まで
加給年金額対象者 (配偶者 区分 () 子 人) 遺族加算区分
被保険者期間計 月 (

国民年金 年金決定通知書

遺族 基礎年金 該当条文 国民年金法 第 条の

支給開始 年 月	基本額 (円)	加算額 (円)	繰下げによる 加算額 (円)	繰上げによる 減算額 (円)	支給停止額 (円)	年金額 (円)

停止事由 停止期間 年 月から 年 月まで
加算額対象者 人 障害の等級 級 号 診断書の種類 次回診断書提出年月 年 月

上記のとおり決定しましたので通知します。

様

平成 年 月 日

厚生労働大臣

