

「障害厚生年金の取下げ」について

私は、傷病名（ ）で障害厚生年金を受給していますが、この度、上記傷病にて障害厚生年金を「障害認定日による請求」とするため、障害認定日で障害厚生年金が受給できる場合には、現在受給している障害厚生年金の取り下げを申出します。

平成 年 月 日

住 所

(フリガナ)

氏 名

⑩

基礎年金番号・年金コード

—

—

続 柄

※本人自らが署名する場合、押印は不要です。

※「続柄」は代理人が記載する場合に請求者との続柄を記載してください。