

加入申込書類の記入例集

(東京都心身障害者扶養共済制度)

- 記入例 ① 提出書類チェック表
- 記入例 ② 加入等申込書 (規則第1号様式)
- 記入例 ③ 申込者(被保険者)告知書 (規則第2号様式)
- 記入例 ④ 障害証明書 (規則第3号様式)
- 記入例 ⑤ 掛金減額申請書 (規則第12号様式)
- 記入例 ⑥ 年金管理者指定届書 (規則第42号様式)

記載にあたっての注意事項

- ◆ 黒又は青の油性ボールペンで、記入してください。(消せるボールペンは使用しないでください。)
- ◆ 記入を誤った場合は、再度新しい様式に記入しなおしてください。
やむをえず訂正印を使用する場合は、訂正箇所に二重線を引き、訂正印を押印すると共に、加入等申込書(第1号様式)の加入等申込者の氏名の横にも、同じ印を押印してください。
- ◆ 使用する印鑑は認印で構いません。
- ◆ 提出された書類はお返しできませんので、必要な方はコピーをとっておいてください。

※ 記入例は、次の場合で作成しています。参考にしてください。

	氏 名	続柄	住 所	備 考
加入申込者	東京 太郎	父	新宿区	
心身障害者	東京 花子	本人	〇〇区	知的障害・愛の手帳2度
年金管理者	東京 一郎	兄	□□市	

東京都心身障害者扶養共済制度

整理番号	※ 都記入欄（何も記入しないでください。）		
加入申込者	氏名	東京 太郎	
	住所	〒163-8001 東京都新宿区西新宿2-8-1	
	電話	自宅	03-5320-4148
		日中連絡先	090-0000-0000

記入例1

(必ず提出)

加入者連絡先

平日9時～17時に連絡のつく電話番号（携帯電話可）
※書類不備等の連絡で至急連絡したい場合に使用します。

様式の左上に、
記載された番号

提出書類チェック表（新規加入申込）

NO	提出書類名	様式番号	備考（◎は全員、△は該当者のみ提出）	確認欄 加入者 東京都
1	加入等申込書	1号	◎	○
2	加入申込者の住民票		◎	○
3	心身障害者の住民票		◎	○(兼)
4	加入申込者と心身障害者の関係を証明する書類 ※戸籍謄本等		◎	○(兼)
5	加入者が心身障害者を扶養していることを確認できる書類		◎	○
6	申込者（被保険者）告知書	2号	◎	○
7	障害証明書	3号	◎	○
8	障害者手帳の写し等		◎	○
9	医師の診断書（都指定様式）		△	○
10	心身障害者の年間所得が、4,621,000円以下であることを確認できるもの		△	○
11	掛金減額申請書	12号	△	○
12	掛金減額事由に該当することを証明するもの		△	○
13	年金管理者指定届書	42号	△	○
14	年金管理者の住民票		△	○
15	年金管理者と心身障害者の関係を証明する書類 ※戸籍謄本等		△	○
その他	東京都心身障害者扶養共済制度掛金口座振替依頼書		△	○

- ・用意したことを確認して、「○」を記入してください。
- ・提出しない（該当しない）書類には、斜線「/」を引いてください。
- ・同一世帯のため1枚の住民票で兼ねる場合は、「○(兼)」を記入してください。

- ① 健康保険上扶養していることを確認できるものとは…
- ア 被保険者と被扶養者が1枚の健康保険証に記載されている場合
・加入者の健康保険証の写し
（心身障害者が被扶養者欄に記載されているもの。）
- イ 被保険者と被扶養者がそれぞれ1枚の健康保険証の場合
・心身障害者の健康保険証の写し
（被保険者として加入者の氏名が記載されているもの。）

- ② 税法上扶養していることを確認できるものとは…
- 加入者の源泉徴収票等の写しで、扶養控除や障害者控除（本人以外）を受けていることが確認できるもの。

※事実上扶養しているが、上記書類を提出できない場合
⇒上記書類はないが、事実上扶養をしている事実を記入した『申立書』、及び、その理由を確認できる書類

【例】障害者が就労しており、税法上等父母の扶養家族になっていない場合
⇒就労していることが確認できる書類（源泉徴収票等）

障害証明書の質問⑨～⑫で「有」と回答した場合は、そのことがわかる書類。
⑨「有」⇒手帳の写し
⑩「有」⇒証書又は認定通知の写
※証書の有効期限が切れている場合は、現在受給していることが確認できる「年金振込通知書」を添付

◆心身障害者本人の年間所得額が4,621,000円を超える方は、独立自活しているとみなし、この制度に加入することはできません。

※所得とは、総収入額から給与所得控除や必要経費を差引いた後の額です。

※障害基礎年金を受給していることは、心身障害者本人の所得がこの額未満であるとみなします。

記入例2

(必ず提出)

別記
第1号様式 (第5条関係)

注意事項!

掛金を2か月滞納すると、脱退となります。
(「新規加入の手引」P15参照)

※脱退となった場合、納めていただいた
掛金は戻りません。
また、滞納していた月までは支払義務
が残ります。

ご自身の掛金額、掛金納付期間、その他
条件をよくご確認のうえお申送ください。

要件を満たしていることについて、
確認をしてください。

◆加入できる方の要件
「新規加入の手引」P2

◆心身障害者の範囲
「新規加入の手引」P3

他の道府県・政令指定都市で実施している、
「心身障害者扶養共済制度」に加入していた
場合のみ記入してください。
※直近の加入証書の写しを添付してください。

欄が不足する場合は、直近の3つをこの欄に
記入し、それ以前の分を同じ形式で記入したメ
モを添付してください。

必ず添付してください。
「新規加入の手引」P11

東京都心身障害者扶養共済制度		整理番号(都記入)	※ここには何も記入しない
		加入証書番号	※加入等申込者は記入不要

この2箇所は同じ人(加入者となる人)

加入等申込書

令和3年5月7日

東京都知事 殿

(加入等申込者)
氏名 東京 太郎

東京都心身障害者扶養共済制度条例第5条第1項の規定に基づき、東京都心身障害者扶
養共済制度に加入したいので、関係書類を添えて申し込みます。

なお、掛金を2か月滞納したときは、同条例第21条第1項第5号の規定に基づき、加入者としての地位
を失うことに同意します。

記

加入等申込者	フリガナ トウキョウ タロウ	性別 男	生年月日 昭和40年5月5日	心身障害者との続柄 父
	氏名 東京 太郎			
	フリガナ トウキョウ ハナコ	性別 女	生年月日 平成7年3月3日	障害の種類・程度 知的・2度
	氏名 東京 花子			
	フリガナ トウキョウ ハナコ			
	住所 〒163-8001 東京都新宿区西新宿2-8-1			電話 03-5320-4148
	住所 〒000-0000 東京都中央区000-0000 障害者支援施設00			電話 03-0000-0000

※本共済制度においては、心身障害者を事後的に変更できないものとします。

1 申込内容

申込区分・口数	新規加入(1口のみ)	新規加入(2口同時)	口数追加
---------	------------	------------	------

2 他の制度(他の地方公共団体の扶養共済制度)からの転入の場合、その内容

	地方公共団体名	加入証書番号	加入期間(1口目)	口数追加期間(2口目)
1	仙台市	1111	平成15年5月~平成19年3月	平成17年5月~平成19年3月
2	埼玉県	2222	平成19年4月~ 年月	平成19年4月~ 年月
3			年月~ 年月	年月~ 年月

確認印

東京都から受領した「重要事項のご説明」の内容を確認し、同意しました。
また、この共済制度が加入目的に合致していることも確認しています。

添付書類

- 加入等申込者及び心身障害者の住民票
- 加入等申込者と心身障害者との関係を証明する書類
- 申込者(被保険者)告知書(別記第2号様式)
- 障害証明書(別記第3号様式)
- 年金管理者を指定する場合は、年金管理者指定届書(別記第4号様式)
- その他知事が必要と認める書類(手帳の写し等)

※ 口数追加のみを申し込みの場合は、上記2、4及び5の添付は不要

記入した日

訂正印を使用する場合は、こちらにも
使用する印を押印してしてください。

心身障害者から見た、加入申込者との続柄を記入して
ください。

例: 配偶者・父・母・兄・姉・弟・妹・祖父・祖母

【記入内容】

知的(1・2・3・4度)
身体(1・2・3級)
精神(1・2級)
統合失調症・脳性まひ・進行性筋萎縮症・自閉症等

※手帳を所持していない場合は、程度は記入不要
※等級は、年金証書の等級ではなく、手帳の等級

口数追加とは、既に1口のみ加入している人が、
2口目を新たに追加する場合をいいます。

注意事項!

必ず、共済制度への加入の意思がある
こと、申込み内容が正しいかどうかを再
度確認をしてから押印してください。

記入例3

(必ず提出 ※押印あり)

◆告知日
この告知書を記入した日を記入してください。ただし、加入予定日より2ヶ月以内の日付である必要があります。
⇒ (例) 7月加入予定なら、5月1日以降

◆心身障害者について
こちらの欄は、心身障害者について記入してください。
「障害の種類・程度」は所持している手帳の等級を○で囲んでください。
【知的障害】
A…愛の手帳1・2度 B…愛の手帳3・4度

◆④「2週間以上にわたり」とは
連続しての通院に限らず、たとえば病院に月1回の間隔で通院した場合も含まれます。
また、医療機関で2週間分の薬を処方された場合も、2週間以上の投薬に該当しますので、『はい』となります。

◆加入申込者（保護者）の障害について
加入申込者（保護者）が身体に障害をお持ちの場合は「はい」とし、詳細をご記入ください。
① いつから：平成7年、中学1年の時、生まれつき、など
② 原因：交通事故により、高熱により、生まれつき、など
③ 部位・程度：右手首亡失、視力（右0.02 左0.01）聴力（右110db 左120db）など、具体的に
④ 手帳の有無（有の場合はその等級）
「障害の原因・部位・程度等」の欄には、上記①～④の内容について必ずご記入ください。

◆告知の必要のない傷病等について
次の場合は、この告知書に記入を必要ありません。
■医師による治療として処方されたものではない市販の薬、ビタミン剤などの服用 ■医師の治療を受けていない疾病
■歯科医師による虫歯の治療 ■完治した風邪
■正常分娩 ■おたふくかぜ、水ぼうそう ■円形脱毛症
■手術により完治した虫歯炎 ■花粉症、水虫 ■色覚異常

申込者（被保険者）告知書

（心身障害者扶養共済制度）

・「重要事項のご説明」の内容（個人情報取扱いを含む）を確認・承認し、心身障害者扶養共済制度における保険契約の被保険者となることに同意のうえ、署名・押印しました。
・下記の事項は事実と相違ありません。

◆申込者氏名・印
必ず申込者自身が署名をし、押印してください。
なお、記入事項を訂正する場合の訂正印は、ここに押印した印と同じものをご使用ください。

告知日（記入日）		令和 3 年 5 月 7 日	
申込者（加入）にあたって		申込者は、以下の事項について心身障害者に対して説明し、この制度に加入することに同意を得ました。 ・申込者が死亡し、または重度障害になった場合は、心身障害者に対して「年金給付保険金」が支払われること ・心身障害者が死亡した場合は、申込者に対して「弔金給付保険金」が支払われること	
フリガナ	東京	太郎	
申込者氏名	東京	太郎	
フリガナ	トウキョウ	ハナコ	
心身障害者氏名	東京	花子	
障害の種類・程度	知的障害 1級	身体障害 1級	
申込者の告知（心身障害者にかかる告知ではありません）			
最近の健康状態	① 最近3ヶ月以内に、医師の診察・検査・治療を受けたことがありますか。また、その結果、検査・治療・入院・手術をすすめられたことがありますか。 ※「はい」の場合、下記【詳細記入欄】に記入してください。 ② 過去5年以内に、病気がけがで手術を受けたこと、または継続して2週間以上の入院をしたことがありますか。 ※「はい」の場合、下記【詳細記入欄】に記入してください。 ③ 過去5年以内に、下記の病気で医師の診察・検査・治療を受けたことがありますか。 ある場合は、右の「はい」を○で囲んでください。下記【詳細記入欄】に記入してください。 ④ 過去5年以内に、上記③以外の病気がけがで2週間以上にわたり、医師の診察・検査・治療を受けたことがありますか。 ※「はい」の場合、下記【詳細記入欄】に記入してください。 ⑤ 現在身体に障害はありますか。「はい」の場合は、該当するところを○で囲んでください。「障害の原因・部位・程度等」欄に詳細を記入してください。		
過去5年以内の健康状態	心臓・血管 狭心症・心筋こうそく・心臓弁膜症・先天性心臓病・心筋症・高血圧症（※1） 脳・神経・精神 脳卒中（脳出血・脳こうそく・脳脊液下出血）・脳動脈硬化症・脳神経・神経痛・てんかん・自律神経失調症・アルコール依存症 肺・気管支 ぜんそく・慢性気管支炎・肺結核 腎・泌尿器 腎炎・ネフローゼ・腎不全 胃・消化器 胃がん・十二指腸がん・十二指腸潰瘍・胃・十二指腸・胃・十二指腸・胃・十二指腸 肝臓・胆のう 肝炎（肝炎ウイルス感染を含む）・肝硬変・肝臓がん・胆嚢炎・胆嚢がん・胆嚢炎・胆嚢がん その他 糖尿病・リウマチ・こうげん病・貧血症・紫斑病・子宮筋腫・子宮内腫瘍・卵巣の腫瘍・乳癌		
身体障害	⑤ 現在身体に障害はありますか。「はい」の場合は、該当するところを○で囲んでください。「障害の原因・部位・程度等」欄に詳細を記入してください。 発症時期 平成7年5月 障害の原因 交通事故により 障害の部位 左手関節亡失 障害の程度 身体障害者手帳4級		
【詳細記入欄】			
上記①～④に「はい」があった場合には、その内容についてそれぞれ詳細を記入してください。その内容が「高血圧症（※1）」、「糖尿病（※2）」の場合は、数値等も記入してください。なお、記入欄が不足する場合は、告知書を複数枚使用してください。			
病気がけがの名前・検査結果		糖尿病	
診察・検査・治療・投薬を受けた期間		平成30年3月から令和元年10月	
入院の有無・期間		あり（令和元年6月から令和元年6月）	
手術の有無（手術の名前、または内容・部位）		あり（胃一部切除）	
症状経過		完治・治療中・経過観察中	
入院・手術・診察・検査・治療・投薬を受けた医療機関名		△△クリニック	
最近の血圧		最大 mmHg 165	
最小 mmHg			
最近の空腹時血糖値		165 mg/dL	
治療方法（投薬）			

◆この告知書は必ず申込者ご自身が記入してください。
・所定の用紙を使用してください。（コピーした用紙は不可）
・訂正箇所には、訂正印を押印してください。
・健康状態の質問で「はい」に該当する項目がある場合は、加入できないことがあります。
・健康状態について、事実を記入されなかったり、事実でないことを記入された場合は、年金が支払われないことがあります。ありのままだと記入してください。

加入申込者（保護者）が心身障害者の配偶者・父母以外の場合は、配偶者・父母が加入者となることができない理由（次の2点）を記入してください。
① 配偶者・父母の有無
② 有の場合は、その人が加入者とならない理由
<記入例>
申込者の心身障害者との続柄 配偶者 兄弟姉妹 父母 子の他の親族
申込者が配偶者、父母以外の場合はその理由 配偶者：なし 父：死亡 母：高齢（67歳）

◆記入事項の訂正
二重線を引き、訂正印を押してください。訂正印は必ず、「申込者氏名」欄に押印したものと同一印鑑を使用してください。

◆加入申込者（保護者）の健康状態について
「はい」か「いいえ」必ずどちらかを○で囲んでください。
「はい」に○をつけた場合は、下段の【詳細記入欄】に、その内容を個別具体的に記入してください。

◆【詳細記入欄】について
上の「最近の健康状態」「過去5年以内の健康状態」の質問事項 ①～④で「はい」と回答した内容について、詳しくご記入ください。
●すべての項目についてご記入ください。また「有」の場合はその内容も必ずご記入ください。
●病名ごとに記入してください（ひとつの欄に、二つの病名を書かないこと）。
●病名が3つ以上になり欄が足りない場合は、用紙をもう1枚使用してください（コピーした用紙は使用不可）。用紙が必要な場合は送付いたしますのでご連絡願います。なお、2枚にわたって記入する場合、2枚目についてもすべての欄を記入してください。
●病名が明らかな場合は、具体的な病名を記入してください。
例：心臓病の場合「心不全」「狭心症」等
胃病の場合「胃がん」「慢性胃炎」等

上の「病気がけがの名前・検査名・検査結果」の欄に『高血圧』『糖尿病』と記入した場合は、現在治療中であっても、この欄は必ず記入してください。