

障害給付 額改定請求書

〔 障害給付を受ける原因となった障害の程度が重くなったときの届
障害給付を受けられるようになった以後の疾病または負傷により障害の程度が重くなったときの届 〕

33	54	56	57	80	*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。														
① 個人番号（または基礎年金番号）および年金コード					個人番号（または基礎年金番号）										年金コード				
					0	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7	8	1	3	5
② 生 年 月 日					大・ 昭 ・平		X	X	年		X	X	月		X	X	日		
③ 障害給付を受ける原因となった疾病または負傷の傷病名																			
④ 障害給付を受ける権利が発生した年月日					昭和・ 平成 X X 年 X X 月 X X 日														
⑤ ③以外の疾病または負傷の傷病名																			
⑥ ⑤の疾病または負傷の初診日					昭和・平成 年 月 日														
⑦ 障害給付を受ける権利が発生した以降に取得した年金手帳の基礎年金番号																			
⑧ 障害給付を受ける権利が発生した年月日以降の職歴																			
事業所名称等					事業所(国民年金加入時)所在地					加入期間					加入制度				
										・ ・ から ・ ・ まで					国民年金・厚生年金保険 共済組合等・厚生年金(船員)保険				
										・ ・ から ・ ・ まで					国民年金・厚生年金保険 共済組合等・厚生年金(船員)保険				
										・ ・ から ・ ・ まで					国民年金・厚生年金保険 共済組合等・厚生年金(船員)保険				
⑨ あなたは現在、当該障害基礎年金、障害厚生年金または障害共済年金以外に公的年金制度から年金を受けていますか。受けている方・請求中の方は、その制度の名称および年金証書の基礎年金番号・年金コード、恩給証書等の記号番号をご記入ください。										ア 受けている ・ イ いない ・ ウ 請求中									
										名 称									
										基礎年金番号・年金コード等									
⑩ 上記の年金を受けている方は、その支給を受けることとなった年月日															昭和・平成 年 月 日				
⑪ 加算額・加給年金額対象者欄		氏 名			生 年 月 日					続柄・障害の有無									
		年金 花子			大・ 昭 ・平 XX年 XX月 XX日					配偶者 ・子(障害 有・無)									
		年金 道子			昭・ 平 XX年 XX月 XX日					子(障害 有・ 無)									
					昭・平 年 月 日					子(障害 有・無)									

⑫ 配偶者についてご記入ください。

現在、公的年金制度等から老齢・退職または障害の年金を受けていますか。		ア 老齢・退職の年金を受けている。	イ 障害の年金を受けている。	ウ いずれも受けていない。
受けているときは、その公的年金制度等の名称および個人番号（または年金証書の基礎年金番号）・年金コード、恩給証書等の記号番号		名 称		
		個人番号（または基礎年金番号）・年金コード等		
その支給を受けることとなった年月日		昭和・平成 年 月 日		

（裏面の「記入上の注意」をよく読んでからご記入ください。）