

様式第4号の2（第8条関係）

傷病補償年金請求書

|                            |   |  |                     |
|----------------------------|---|--|---------------------|
| (実施機関の職氏名)<br>.....様       |   | 請求年月日 年 月 日                              |                     |
|                            |   | 請求者の<br>住 所 .....<br>ふりがな<br>氏 名 ..... ㊟ |                     |
| 下記の傷病補償年金を請求します。           |   |  |                     |
| 1                          | 所属部局名   | 職 名                                      |                     |
| 被災<br>職員<br>に関<br>する<br>事項 | 氏 名   |  | 年 月 日生（ 歳）          |
|                            | 負傷又は発<br>病の年月日  | 年 月 日                                    | 傷病等級<br>当該年月日 年 月 日 |
| 2 傷病の名称、部位及びその状態           |   |  |                     |
| 3 既存障害とその程度                |   |  |                     |
| 4 日常生活の状態                  |   |  |                     |
| 5 傷 病 等 級                  | 第   | 級  | 号                   |
| 6 傷病補償年金請求<br>金額           | (補償基礎額)   | (倍数)                                     | 円 × = 円             |
| 7 厚生年金保険法等<br>の適用関係        | <input type="checkbox"/> _____の被保険者である。 <input type="checkbox"/> 被保険者でない。 |  |                     |

|                                      |       |   |       |                 |  |
|--------------------------------------|-------|---|-------|-----------------|--|
| 8<br>送<br>金<br>希<br>望<br>の<br>場<br>合 | 口座振替  | 振込先金融<br>機 関 名  | 銀行 支店 | * 受 理           | 年 月 日  |
|                                      |       | <input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金 |       | * 決定金額          | 条例第10条の制限<br><input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
|                                      |       | 口座番号  |       |                 | 円  |
|                                      | 預金名義者 |   | * 通 知 | 年 月 日           |  |
|                                      | 送金小切手 | 受取先金融<br>機 関 名  | 銀行 支店 | * 年金証書<br>の 番 号 | 第 号  |
|                                      | そ の 他 |   |       | * 支給開始<br>年 月 日 | 年 月 日  |

[注意事項]

- 1 請求者は、\*印の欄には記入しないこと。また、該当する□にレ印を記入すること。
- 2 この請求書を提出するときに、請求する傷病補償年金と同一の事由によって次に掲げる年金の給付を受けている場合には、その年金の種類、年額、支給開始年月、年金証書の記号番号及び所轄社会保険事務所等を記載した書類を添付すること。
  - (1) 国民年金法等の一部を改正する法律（昭和60年法律第34号。以下「国民年金等改正法」という。）附則第87条第1項に規定する年金たる保険給付に該当する障害年金
  - (2) 国民年金等改正法附則第78条第1項に規定する年金たる保険給付に該当する障害年金
  - (3) 国民年金等改正法附則第32条第1項に規定する年金たる給付に該当する障害年金
  - (4) 厚生年金保険法の規定による障害厚生年金（以下単に「障害厚生年金」という。）及び国民年金法の規定による障害基礎年金（同法第30条の4の規定による障害基礎年金を除く。以下単に「障害基礎年金」という。）
  - (5) 障害厚生年金（当該補償の事由となった障害について障害基礎年金が支給される場合を除く。）
  - (6) 障害基礎年金（当該補償の事由となった障害について、国家公務員共済組合法若しくは地方公務員等共済組合法の規定による障害共済年金又は障害厚生年金が支給される場合を除く。）