

様式第4号の3（第8条関係）

傷病補償年金変更請求書

（実施機関の職氏名）様 下記のとおり傷病補償年金の変更 を請求します。	請求年月日 年 月 日
	請求者の年金
	証書の番号第.....号
	住 所
	ふ り が な 氏 名㊟
1 現在受けている傷病補償年金の傷病等級	第.....級
2 現在受けている傷病補償年金の支給が開始された年月	年 月
3 障害の程度に変更があった年月日	年 月 日
4 変更後の障害の部位及びその程度	(第.....級)
5 変更後の傷病補償年金請求額	（補償基礎額） （倍数） 円 × = 円

*受理	年 月 日	*通知	☐ 変更 ☐ 不変更 年 月 日
*変更後の傷病等級	第.....級		
*決定金額	円	*支給開始 年 月 日	年 月 日

[注意事項]

請求者は、*印の欄には記入しないこと。