

様式第6号（第8条関係）

障害補償変更請求書

(実施機関の職氏名)様 下記のとおり障害補償の変更を請求 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 現在受けている障害補償年金の障害等級	第 級			
2 現在受けている障害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 変更後の障害補償請求金額	年金	(補償基礎額) (倍数) 円 × = 円		
	一時金	(補償基礎額) (倍数) 円 × = 円		

* 受理	年 月 日	* 通知	<input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 不変更
* 変更後の障害等級	第 級		年 月 日
* 決定金額	<input type="checkbox"/> 年金 円	* 支払 (一時金)	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 一時金 円	* 支給開始	年 月

[注意事項]

- 1 請求者は、*印の欄には記入しないこと。
- 2 「4 変更後の障害の部位及びその程度」の欄の記入事項が添付する診断書の記載事項と同じであるときは「診断書のとおり」と記入すること。
- 3 この請求書には、障害の程度の変更があった時期の決定及び変更後の障害等級の決定に必要な医師の診断書とその他の資料を添付すること。