

国家公務員災害補償
傷病補償年金変更請求書

(実施機関の長の官職氏名) 殿 ----- 下記のとおり、傷病等級に変更があつたので、傷病補償年金の支給の決定を請求します。		請求年月日	令和	年	月	日	
		年金証書の番号	第	号			
		請求者の住所 ----- 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つた年月日	令和 年 月 日					
4	傷病の名称、部位及びその状態						
5	変更後の傷病等級	第 級					
6	傷病補償年金の請求年額の計算	通常の場合	(平均給与額)	(日数)	=	円	
		補償法第14条又は昭和41年改正法附則第8条の規定により支給額が制限され又は調整される場合					
7	傷病補償年金請求年額	円					
8	添付する書類その他の資料名						
※受理		令和	年	月	日		
※決定		令和	年	月	日	円	

- 注 1 請求者は、※印の欄には記入しないこと。
- 2 「4 傷病の名称、部位及びその状態」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、障害の程度に変更があつた時期の決定及び変更後の傷病等級の決定に必要な医師の診断書その他の書類及び資料を添付すること。