

## 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	
② 生 年 月 日				大・昭・平・令		年	月	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・令和		年	月	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・令和		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基礎年金番号 と異なる年金手帳等の記号番号									
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					
				年金コード・恩給証書等の記号番号					
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・令和 年 月 日			
⑪ 加算額・ 加給年金額 対象者欄	氏 名		生 年 月 日		個 人 番 号		続柄・障害の有無		
			大・昭・平・令 年 月 日				配偶者・子(障害 有・無)		
			昭・平・令 年 月 日				子(障害 有・無)		
		昭・平・令 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・令和 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。)

## 生 計 維 持 申 立

配偶者および子の氏名	生 年 月 日	受給権者との続柄	障害の状態にありますか
	大・昭・平・令 年 月 日		ある・ない
	昭・平・令 年 月 日		ある・ない
	昭・平・令 年 月 日		ある・ない

上記の者は、現在生計を維持していることを申し立てる。

令和 年 月 日

受給権者氏名

## ※日 本 年 金 機 構 記 入 欄

※ 年金額 改定	改定年月日			事由	診断書	障害等級	傷 病 名	差 引	有 期 固 定	手 作 業 表 示
	年	月	日							
				07 17						
54	改定年月日			事由	配状態表示	※ 支払 調整 57	調 整 額			
	年	月	日				基	上	独	
				25			付			
※ 加対者 変更	生 年 月 日				続柄	障害	※ 配偶者基礎年金番号・年金コードの訂正・収録80			時効区分
33	変更前	1・3・5・7・9	年	月	日			1		
	変更後	1・3・5・7・9	年	月	日			2		

令和 年 月 日 提出

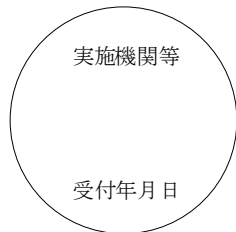
郵便番号    -

住 所

受給権者 (フリガナ)

氏 名

自宅の電話番号 ( ) - ( ) - ( )



## 記入上の注意

※印欄には、記入しないでください。

②の年号は、該当する文字を○印で囲んでください。たとえば、生年月日が昭和30年6月1日生まれの場合は、

「大・昭・平・令 3 0 年 0 6 月 0 1 日」のようにご記入ください。

⑨欄には自分自身の年金についてご記入ください。

上欄は、該当する文字（ア・イ・ウ）のいずれかを○印で囲んでください。アまたはウに該当する方は、中欄および下欄にもご記入ください。なお、「公的年金制度等」とは、次の制度です。

- |                     |                  |                        |               |
|---------------------|------------------|------------------------|---------------|
| 1. 国民年金法            | 2. 厚生年金保険法       | 3. 船員保険法(昭和61年4月以後を除く) | 4. 国家公務員共済組合法 |
| 5. 地方公務員等共済組合法      | 6. 私立学校教職員共済法    | 7. 廃止前の農林漁業団体職員共済組合法   |               |
| 8. 地方公務員の退職年金に関する条例 | 9. 廃止前の国会議員互助年金法 | 10. 改正前の地方公務員等共済組合法    |               |

⑫欄には、配偶者（夫または妻）のある方は配偶者の年金についてご記入ください。⑪欄に配偶者の個人番号を記入した場合は、配偶者の個人番号（または基礎年金番号）の記入は不要です。

上欄は、該当する文字（ア、イ、ウ）のいずれかを○印で囲んでください。アまたはイに該当する方は、中欄および下欄にもご記入ください。なお、「公的年金制度等」とは、次の制度です。

- |  |                      |                        |
|--|----------------------|------------------------|
| 1. 国民年金法   | 2. 厚生年金保険法           | 3. 船員保険法(昭和61年4月以後を除く) |
| 4. 国家公務員共済組合法(JT、JR、NTTの三制度を含む)(昭和61年4月前の長期給付に関する施行法を含む) |                      |                        |
| 5. 地方公務員等共済組合法(昭和61年4月前の長期給付に関する施行法を含む)                  |                      |                        |
| 6. 私立学校教職員共済法  | 7. 廃止前の農林漁業団体職員共済組合法 | 8. 恩給法                 |
| 9. 地方公務員の退職年金に関する条例                                      | 10. 日本製鉄八幡共済組合       | 11. 改正前の執行官法附則第13条     |
| 12. 旧令による共済組合からの年金受給者のための特別措置法                           | 13. 戦傷病者戦没者遺族等援護法    |                        |

◎加算額または加給年金額の対象者である配偶者および子（18歳到達日以後の最初の3月31日までの間にある子または障害等級の1級または2級に該当する障害の状態にある20歳未満の子）がある方は、生計維持申立欄に引き続き生計を維持していることの申立をしてください。

◎黒インクのボールペンで記入してください。

## この請求書に添えなければならない書類等

1. 受給権者の年金証書等

**提出する日前3月以内に作成された次の書類（提出する日前3月以内の障害の状態が記入されたもの。）**

2. 医師又は歯科医師の診断書（この診断書の用紙は年金事務所にあります。）
3. 下の表の病気やけがによって年金を受けている方は、レントゲンフィルム
4. 加算額の対象者のうち国民年金法、厚生年金保険法及び国家公務員共済組合法の障害等級の1級または2級に該当する障害の状態にある子がいるとき（厚生労働大臣から診断書が不要である旨の通知を受けている方を除きます。）は、医師又は歯科医師の診断書
5. 当該請求者が3級の障害厚生年金又は障害共済年金の受給権者であって上記4に該当する子が下の表の病気やけがによる場合はレントゲンフィルム

**提出する日前1月以内に作成された次の書類**

6. 加算額または加給年金額の対象者がいるときは、その対象者と受給権者との身分関係を明らかにすることができる市区町村長の証明書または戸籍抄本（住民票でこれにかえることはできません。）
7. 当該請求者が3級の障害厚生年金または障害共済年金の受給権者であって加算額または加給年金額の対象者がいるときは、生計維持を証する書類（個人番号（マイナンバー）を記入したときは、添付を省略できる場合があります。）
8. 障害給付の支給事由となった傷病の初診日以降に共済組合等の組合員または加入者であった期間を有する者にあつては、当該共済組合等の年金加入期間確認通知書（障害給付を受けられるようになった以降の疾病または負傷により障害程度が重くなった方に限ります。）

- |                            |           |                        |
|----------------------------|-----------|------------------------|
| (1) 呼吸器系結核                 | (2) 肺化のう症 | (3) けい肺（これに類するじん肺症を含む） |
| (4) その他認定又は審査に際し必要と認められるもの |           |                        |

この届書を提出する際に住所を変更している方は、住所変更届を、受取機関を変更している方は、受取機関変更届を、氏名を変更している方は、氏名変更届を添えてください。

### <添付書類の取扱いについて>

- 添付書類は、「コピー可」と記載されているもの以外は、原本を添付してください。
- 戸籍謄本、住民票等（年金請求等に用いることを目的として交付されたものを除きます。）の原本については、原本を提出したお客様から原本返却のお申出があった場合、職員がそのコピーをとらせていただいた上で、お返しいたします。（第三者証明、診断書等、原本返却できない書類もあります。）

**【個人番号（マイナンバー）を記入した場合の添付書類について】**

請求者のマイナンバーを記入した場合は、マイナンバーカード（個人番号カード）を提示してください。

お持ちでない場合は、以下の①および②を提示してください※1。

なお、加算額・加給年金額対象者のマイナンバー確認書類および身元（実存）確認書類の添付は不要です。

① マイナンバーが確認できる書類：個人番号の表示がある住民票の写し、通知カード（氏名、住所等が住民票の記載と一致する場合に限る）

② 身元（実存）確認書類：運転免許証、パスポート、在留カードなど※2

※1 郵送で請求書を提出する場合は、マイナンバーカードの表・裏両面、または①および②のコピーを添付してください。

※2 上記以外の②身元（実存）確認書類については、最寄りの年金事務所へお問い合わせください。