別記第4号の3(第8条)

傷病補償年金変更請求書

|  |  |
| --- | --- |
| (実施機関の職氏名)  　　　　　　　　　　　　　　　　殿  　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つた年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 4　変更後の障害の部位及びその程度 | (第　　　　級) |
| 5　変更後の傷病補償請求金額 | (年金補償基礎額)　(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 |
| ＊ | 支給開始年月 | 年　　月　　日 |
| ＊決定金額 | | 円 |

〔注意事項〕

　請求者は、＊印の欄には記入しないこと。