共済適用表示

様式第210号

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。

	個人番号（または基礎年金番号）	年金コード
① 個人番号（または基礎年金番号）および年金コード		

② 生　年　月　日	大・昭・平	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　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　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年金手帳の基礎年金番号				

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基礎年金番号・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	
	基礎年金番号・年金コード等	
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　年　月　日	

⑪ 加算額・加給年金額対象者欄	氏　名	生　年　月　日	続柄・障害の有無
		大・昭・平　年　月　日	配偶者・子（障害　有・無）
		昭・平　年　月　日	子（障害　有・無）
		昭・平　年　月　日	子（障害　有・無）

⑫ 配偶者についてご記入ください。

		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。
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。				
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　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。）

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、該当する文字を〇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 | 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）のいずれかを〇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　2．厚生年金保険　3．船員保険（旧法の年金のみ）　4．国家公務員共済組合
5．地方公務員等共済組合　6．私立学校教職員共済　7．農林漁業団体職員共済組合

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。

上欄は、該当する文字（ア、イ、ウ）のいずれかを〇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．国民年金の障害年金および障害基礎年金　2．厚生年金保険　3．船員保険（旧法の年金のみ）
4．国家公務員共済組合　5．地方公務員等共済組合　6．私立学校教職員共済
7．農林漁業団体職員共済組合　8．恩給　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．執行官　12．旧令による共済組合等　13．戦傷病者戦没者遺族等援護

◎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(注)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。

（注）昭和52年4月1日以前に生まれた子については18歳未満の子

◎受給権者が自ら署名する場合には、押印は不要です。

◎黒インクのボールペンで記入してください。

この届書に添えなければならない書類等（提出する日前１月以内に作成されたもの。ただし、年金証書を除く。）

1．受給権者の年金証書等
2．医師また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．加算額または加給年金額の対象者があるときは、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の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。）
5．加算額の対象者のうち国民年金法、厚生年金保険法およ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、医師また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。）
6．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上記５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
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あるときは、生計維持を証する書類
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っては、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。）

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　　年　月　日		ある・ない
	昭・平　　年　月　日		ある・ない
	昭・平　　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。

平成　　年　　月　　日　　受給権者氏名　　㊞

※ 日本年金機構記入欄

	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
※ 年金額改定	年　月　日	07 17						

	改定年月日	事由	配状態表示	※ 支払調整 57	事由	調整額											
54	年　月　日	25				基						上					
						付						独					

※ 加対者変更 33		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
	変更前	1・3・5・7　年　月　日			1	
	変更後	1・3・5・7　年　月　日			2	

平成　　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　（　　）－（　　）－（　　）

市区町村

受付年月日

実施機関等

受付年月日

（表面）

障害状態チェックシート（請求者記入）

・障害基礎年金および障害厚生年金の受給権者の障害の程度が重くなり、下表の 1～22 のいずれかに該当した場合は、前回診査日から 1 年を待たずに年金額の改定請求を行うことができます。

・下の太枠欄に該当する障害の状態をチェックし、診断書と一緒に医師に渡してください。

・年金額の改定請求をした結果、**必ずしも上位等級が認められるものではありません**のでご了承ください。

（前回診査日）平成　　年　　月　　日※機構記入

この太枠の該当欄に記入してください

✓	番号	障害の状態
	1	両眼の視力の和が 0.04 以下のもの
	2	両眼の視力の和が 0.05 以上 0.08 以下のもの
	3	８等分した視標のそれぞれの方向につき測定した両眼の視野がそれぞれ 5 度以内のもの
	4	両眼の視野がそれぞれ 10 度以内のもの、かつ、8 等分した視標のそれぞれの方向につき測定した両眼の視野の合計がそれぞれ 56 度以下のもの
	5	両耳の聴力レベルが 100 デシベル以上のもの
	6	両耳の聴力レベルが 90 デシベル以上のもの
	7	喉頭を全て摘出したもの
	8	両上肢の全ての指を欠くもの
	9	両下肢を足関節以上で欠くもの
	10	両上肢の親指および人差し指または中指を欠くもの
	11	一上肢の全ての指を欠くもの
	12	両下肢の全ての指を欠くもの
	13	一下肢を足関節以上で欠くもの
	14	四肢または手指若しくは足指が完全麻痺したもの（脳血管障害または脊髄の器質的な障害によるものについては、当該状態が６月を超えて継続している場合に限る） ※完全麻痺の範囲が広がった場合も含む
	15	心臓を移植したものまたは人工心臓（補助人工心臓を含む）を装着したもの
	16	心臓再同期医療機器（心不全を治療するための医療機器をいう）を装着したもの
	17	人工透析を行うもの（３月を超えて継続して行っている場合に限る）
	18	６月を超えて継続して人工肛門を使用し、かつ、人工膀胱（ストーマの処置をしないものに限る）を使用しているもの
	19	人工肛門を使用し、かつ、尿路の変更処置を行ったもの（人工肛門を使用した状態及び尿路の変更を行った状態が６月を超えて継続している場合に限る）
	20	人工肛門を使用し、かつ、排尿の機能に障害を残す状態（留置カテーテルの使用又は自己導尿を常に必要とする状態をいう）にあるもの（人工肛門を使用した状態及び排尿の機能に障害を残す状態が６月を超えて継続している場合に限る）
	21	脳死状態（脳幹を含む全脳の機能が不可逆的に停止するに至った状態をいう）または遷延性植物状態（意識障害により昏睡した状態にあることをいい、当該状態が３月を超えて継続している場合に限る）となったもの
	22	人工呼吸器を装着したもの（１月を超えて常時装着している場合に限る）

（記入日）平成　　年　　月　　日	（請求者氏名）

診断書を記入される医師の方は裏面をご覧ください

※障害の状態に対応する診断書は裏面をご確認ください。

診断書作成時の注意事項（診断書を作成する医師の皆さまへ）

・表面でチェックされている障害の状態に対応する番号の**「注意事項」**をご確認いただき、必要な項目について診断書の備考欄に記入してください。

番号 （障害の状態）	診断書	注意事項
1～4	眼	診断書の記入上の注意をお読みください。
5～7	聴覚	
8～13	肢体	
14	肢体	・完全麻痺と診断した日及び、その後に経過（再発、麻痺の範囲の拡大、その原因等）がある場合はその経過を診断書の備考欄に記入してください。 記入例「平成○年○月○日、完全麻痺と診断」 「□□の再発により○○から△△に範囲が拡大し、範囲拡大部分を○年○月○日、完全麻痺と診断。」 ・上記の他、診断書の記入上の注意をお読みください。
15	循環器	診断書の記入上の注意をお読みください。
16	循環器	・重症心不全に該当しないケースで、心臓再同期医療機器（CRT 又は CRT-D）を装着した場合は、診断書の備考欄に装着日を記入してください。 記入例「平成○年○月○日、CRT 装着」 ・上記の他、診断書の記入上の注意をお読みください。
17	腎疾患	診断書の記入上の注意をお読みください。
18～20	その他	・人工膀胱（ストーマの処置をしないものに限る）は新膀胱のことです。 ・上記の他、診断書の記入上の注意をお読みください。
21	肢体	・脳死状態※の場合、脳死状態と診断した日を診断書の備考欄に記入してください。 記入例「平成○年○月○日、脳死状態と診断」 ・上記の他、診断書の記入上の注意をお読みください。 ※本請求においては脳幹を含む脳の機能が不可逆的に停止した状態（医学的脳死）をいい、「臓器の移植に関する法律（平成 9 年 7 月 16 日法律第 104 号）」における法的脳死は含みません。
		・遷延性植物状態の場合、遷延性植物状態と診断した日を診断書の備考欄に記入してください。 記入例「平成○年○月○日、遷延性植物状態と診断」 ・上記の他、診断書の記入上の注意をお読みください。
22	肢体 又は 呼吸器	・人工呼吸器の装着日及び常時装着の有無を診断書の備考欄に記入してください。 記入例「平成○年○月○日以後、人工呼吸器を常時装着」 ・上記の他、診断書の記入上の注意をお読みください。

（表面）

障害状態チェックシート（請求者記入）

・旧法の障害年金（昭和 61 年 3 月以前に受ける権利が発生した障害年金）の受給権者の障害の程度が重くなり、下表の旧 1～旧 20 のいずれかに該当した場合は、前回診査日から 1 年を待たずに年金額の改定請求を行うことができます。

・下の太枠欄に該当する障害の状態をチェックし、診断書と一緒に医師に渡してください。

・年金額の改定請求をした結果、**必ずしも上位等級が認められるものではありません**のでご了承ください。

（前回診査日）平成　　年　　月　　日※機構記入

この太枠の該当欄に記入してください

✓	番号	障害の状態（国民年金法）
	旧 1	両眼の視力の和が 0.04 以下のもの
	旧 2	両耳の聴力損失が 90 デシベル以上のもの
	旧 3	両上肢の全ての指を欠くもの
	旧 4	両下肢を足関節以上で欠くもの
✓	**番号**	**障害の状態（厚生年金保険法）**
	旧 5	両眼の視力が 0.0２以下のもの
	旧 6	両眼の視力が 0.0４以下のもの
	旧 7	一眼の視力が 0.0２以下、他眼の視力が 0.06 以下のもの
	旧 8	両耳の聴力レベルが 90 デシベル以上のもの
	旧 9	喉頭を全て摘出したもの
	旧 10	両上肢を腕関節以上で失ったもの
	旧 11	両下肢を足関節以上で失ったもの
	旧 12	一上肢を腕関節以上で失ったもの
	旧 13	一下肢を足関節以上で失ったもの
	旧 14	両下肢をリスフラン関節以上で失ったもの
	旧 15	両下肢の全ての足指を失ったもの
	旧 16	心臓再同期医療機器（心不全を治療するための医療機器をいう）を装着したもの
✓	**番号**	**障害の状態（国民年金法・厚生年金保険法共通）**
	旧 17	四肢又は手指若しくは足指が完全麻痺したもの（脳血管障害又は脊髄の器質的な障害によるものについては、当該状態が６月を超えて継続している場合に限る） ※完全麻痺の範囲が広がった場合も含む
	旧 18	心臓を移植したものまたは人工心臓（補助人工心臓を含む）を装着したもの
	旧 19	脳死状態（脳幹を含む全脳の機能が不可逆的に停止するに至った状態をいう）または遷延性植物状態（意識障害により昏睡した状態にあることをいい、当該状態が３月を超えて継続している場合に限る）となったもの
	旧 20	人工呼吸器を装着したもの（１月を超えて常時装着している場合に限る）

（記入日）平成　　年　　月　　日	（請求者氏名）

※障害の状態に対応する診断書は裏面をご確認ください。

診断書を記入される医師の方は裏面をご覧ください

診断書作成時の注意事項（診断書を作成する医師の皆さまへ）

・表面でチェックされている障害の状態に対応する番号の**「注意事項」**をご確認いただき、必要な項目について診断書の備考欄に記入してください。

番号 （障害の状態）	診断書	注意事項
旧 1、旧 5～7	眼	診断書の記入上の注意をお読みください。
旧 2、旧 8、旧 9	聴覚	
旧 3、旧 4、 旧 10～15	肢体	
旧 16	循環器	・重症心不全に該当しないケースで、心臓再同期医療機器（CRT 又は CRT-D）を装着した場合は、診断書の備考欄に装着日を記入してください。 記入例「平成○年○月○日、CRT 装着」 ・上記の他、診断書の記入上の注意をお読みください。
旧 17	肢体	・完全麻痺と診断した日及び、その後に経過（再発、麻痺の範囲の拡大、その原因等）がある場合はその経過を診断書の備考欄に記入してください。 記入例「平成○年○月○日、完全麻痺と診断」 「□□の再発により○○から△△に範囲が拡大し、範囲拡大部分を○年○月○日、完全麻痺と診断。」 ・上記の他、診断書の記入上の注意をお読みください。
旧 18	循環器	診断書の記入上の注意をお読みください。
旧 19	肢体	・脳死状態※の場合、脳死状態と診断した日を診断書の備考欄に記入してください。 記入例「平成○年○月○日、脳死状態と診断」 ・上記の他、診断書の記入上の注意をお読みください。 ※本請求においては脳幹を含む脳の機能が不可逆的に停止した状態（医学的脳死）をいい、「臓器の移植に関する法律（平成 9 年 7 月 16 日法律第 104 号）」における法的脳死は含みません。
		・遷延性植物状態の場合、遷延性植物状態と診断した日を診断書の備考欄に記入してください。 記入例「平成○年○月○日、遷延性植物状態と診断」 ・上記の他、診断書の記入上の注意をお読みください。
旧 20	肢体 又は 呼吸器	・人工呼吸器の装着日及び常時装着の有無を診断書の備考欄に記入してください。 記入例「平成○年○月○日以後、人工呼吸器を常時装着」 ・上記の他、診断書の記入上の注意をお読みください。