様式第15号の2（第15条関係）

住所

ふりがな

氏名

障害の現状報告書（傷病補償年金）

|  |
| --- |
| （実施機関の職氏名）　　　　　　　　　　　　　　　　　様下記のとおり障害の現状を報告します。　　　　年　　月　　日報告者の　　　　　　　　　　　　　　 |
| １ | 年金証書の番号 | 第　　　　　　号 |
| ２ | 傷病補償年金の支給開始年月 | 　　　　　　年　　　月 |
| ３ | 傷病等級 | 第　　　　　　級 |
| ４ | 障害の状況 |  |
| ５ | 日常生活の概要 |  |
| ６　公的年金の受給関係 | 年金の種類（障害等級第　級） | 年金の年額 | 年金証書の記号番号 | 支給開始年月 | 所轄年金事務所名等 |
|
|
|  | 円 | 第号 | 　　年　月 |  |
|  | 円 | 第号 | 　　年　月 |  |
|  | ※□支給　□支給停止（免責） |

〔注意事項〕

１　この報告書は、傷病補償年金の受給権者が提出すること。

２　報告者は、※の欄には記入しないこと。

３　「４障害の状況」の欄には、最近１年間について記入すること。

４　「５日常生活の概要」の欄には、最近１年間について記入すること。また、この間に退職した場合はその年月日、理由等を記入すること。

|  |
| --- |
| ※７　医師の証明所在地名称医師の氏名 |
| (１)　傷病の種類（傷病名・傷病の部位等） |
| (２)　傷病の経過及び治療方法の概要 |
| (３)　傷病及び障害の現状 |
|  | 介護補償を受けている者にあっては、以下の項目についても記入してください。（日常生活の状態） |  |
| ①　行動能力 | □終日床□自宅、病棟内でのみ行動できる□通院（単独歩行）できる | 理由理由 |  |
| ②　食事 | □全く自用を弁じない□他人の介助によってできる□支障がない | 理由 |  |
| ③　用便 | □全く自用を弁じない□他人の介助によってできる□支障がない | 理由 |
| ④　精神能力 | □常に他人の厳重な注意を要する□随時他人の注意を要する□通院可能であるが就労できない | 理由 |
| ⑤　言語能力 | □完全な失語あるいは構音機能の喪失□他人との間でようやく意思を通じ合うことができる。□支障がない |  |  |
|  |
| (４)　傷病及び障害の今後の見込み |
| （報告者の氏名）　　　　　　　　　　　については上記のとおりであると認めます。　　　　年　　月　　日　医療機関の　　 |