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 | | | | |