様式第4号の3（第8条関係）

傷病補償年金変更請求書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （実施機関の職氏名）  　　　　　　　　　　様 | | | 請求年月日　　　　　　年　　月　　日 |
| 請求者の年金 |
| 証書の番号　　　　　　第　　　　　号 |
| 下記のとおり傷病補償年金の変更を請求します。 | | | 請求者の住所  氏名 |
| １ | 現在受けている傷病補償年金の等級 | 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 | 傷病の程度に変更があった年月日 | 年　　月　　日 | |
| ４ | 傷病の名称、部位及びその状態 |  | |
| ５ | 変更後の等級 | 第　　　　級 | |
| ６ | 変更後の傷病補償年金請求年額の計算 | （年金補償基礎額）　　（倍数）  ×　　　　＝　　　　　　円 | |
| ７ | 変更後の傷病補償年金請求年額 | 円 | |
| ８ | 添付する書類その他の資料名 |  | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ※ | 受理 | 年　　月　　日 | ※ | 決定 | 年　　月　　日  □変更□不変更 |
| ※ | 支払 | 年　　月　　日 |
| ※ | 変更後の等級 | 第　　　　　級 | ※ | 決定金額 | 円 |

（注意事項）

１　※印の欄には記入しないこと。

２　「４傷病の名称、部位及びその状態」の欄の記入事項が添付する診断書の記載事項と同じであるときは、「診断書のとおり」と記入すること。

３　この請求書には、傷病の程度に変更があった時期の決定及び変更後の等級の決定に必要な医師の診断書その他の資料を添付すること。