様式第15号（第13条関係）

障害の現状報告書（傷病補償年金）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （実施機関の職氏名）  　　　　　　　　　　　　殿  下記のとおり障害の現状を報告します。  　　　　　　　年　　月　　日  報告者の住所  ふりがな  氏名　　　　　　　　　　㊞ | | | | | | | |
| 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 | 所属社会保険  事務所等 |
|  | 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、＊印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 | | |
| ⑴　傷病の種類（傷病名・傷病の部位等） | | |
| ⑵　傷病の経過及び治療方法の概要 | | |
| ⑶　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　□終日臥床　　　　　　　　　　　理由  □自宅、病棟内でのみ行動できる  □通院（単独歩行）できる  ②　食事　□全く自用を弁じない　　　　　　理由  □他人の介助によってできる  □支障がない  ③　用便　□全く自用を弁じない　　　　　　理由  □他人の介助によってできる  □支障がない  ④　精神能力　□常に他人の厳重な注意を要する　理由  □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  ⑤　言語能力　□完全な失語あるいは構音機能の　理由  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 |  |
|  | | |

|  |
| --- |
| ⑷　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  所在地  医療機関の　名称  医師の氏名　　　　　　　　　㊞ |