様式第13号(第15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、＊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 | | | | |
| (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      ②食事      ③用便      ④精神能力      ⑤言語能力 | □終日臥床  □自宅、病棟内でのみ行動できる  □通院(単独歩行)できる  □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  □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  □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  □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 | 理由      　理由      　理由      　理由      　理由 |
|  | | |
| (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  所在地  医療機関の　　名称  医師の氏名 | | | | |