

障害共済年金 決定改定 請求書

共済組合受付印

〔決定請求事由 1. 障害認定日による請求 2. 事後重症による請求 〕

〔注意事項2参照〕

請求者に関する事項	8 5 9 6 0 0	受給権者番号	CD	基礎年金番号		
	(フリガナ) 請求者の氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 (歳)
	(フリガナ) 請求者の住所		〒		住民票コード番号	
	住所コード		CD	TEL ()		
	退職年月日	年 月 日	備考			
	給付事由発生原因	給付事由	傷病名		傷病発生日	年 月 日
		<input type="checkbox"/> 1 非公務			初診日 ※注1参照	年 月 日
		<input type="checkbox"/> 2 公務 <input type="checkbox"/> 3 通勤			障害認定日 ※注1参照	年 月 日
	現在、公的年金制度（注意事項3参照）から年金を受けていますか <input checked="" type="checkbox"/> を付けてください。					
	<input type="checkbox"/> 1 受けている (支給停止を含む)	<input type="checkbox"/> 2 受けていない	<input type="checkbox"/> 3 請求中 その年金について右欄に記入して下さい		公的年金制度名	年金の種類
1 の受けているに <input checked="" type="checkbox"/> をした方は下欄に必要事項を記入し、必要書類を添付してください。						
公的年金制度名	年金の種類	年金証書記号番号	必要書類			
注意事項の5を読んで必ず提出して下さい。						

加給年金額対象者に関する事項	加給年金の対象となる配偶者	氏名 (フリガナ)	続柄	生年月日	障害の有無	年収又は障害の等級
	※注6参照			<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	上記配偶者の基礎年金番号	(共済組合記入欄) 組合員原票により、被扶養者であることを確認				
	配偶者は現在、公的年金制度（注意事項の3参照）から年金を受けていますか <input checked="" type="checkbox"/> を付けてください。					
	<input type="checkbox"/> 1 受けている (支給停止を含む)	<input type="checkbox"/> 2 受けていない	<input type="checkbox"/> 3 請求中 その年金について右欄に記入して下さい		公的年金制度名	年金の種類
	1 の受けているに <input checked="" type="checkbox"/> をした方は下欄に必要事項を記入し、必要書類を添付してください。					
	公的年金制度名	年金の種類	年金証書記号番号	必要書類		
	注意事項の5を読んで必ず提出して下さい。					

上記のとおり請求します。

東京都職員共済組合理事長 殿

年 月 日

請求者氏名

注意事項

- この障害共済年金の請求は在職中に初めて医師の診療を受けた傷病に限ります。
- 「決定請求事由」について
 - 障害認定日による請求 — 初めて医師の診療を受けた日（初診日）から1年6月目（その期間内に治ったときはその日）に法で定める一定の障害の状態にあることによる請求
添付する診断書 — 診断日から1年6月目の障害の状態がわかる診断書
この請求を1年6月目から1年以上過ぎて請求するときは、1年6月目の診断書と請求時点の診断書（他の時点の診断書を求める場合もあります。）
 - 事後重症による請求 — 1年6月目に法で定める一定の障害の状態に無かった方が、65歳に達する迄の間に法で定める一定の障害の状態になったことによる請求
添付する診断書 — 請求時における障害状態の分かる診断書
※この年金は請求のあった月の翌月分からしか支給されません。
- 「公的年金制度」とは、国民年金・厚生年金・共済組合などをいいます。
- 「年金の種類」とは、退職（老齢）・障害・遺族をいいます。
- 「必要書類」について
記入した年金それぞれについて次のものを提出してください。
ア 年金証書の全てのコピー
イ 最も新しい年金振込通知書（ハガキ）のコピー
- 「加給年金の対象となる配偶者」 — 加給年金は障害の状態が1～2級に該当した請求者の収入で生計を維持していたときに加算されます。
このため「生計を維持していた」ことの立証資料として次の書類を提出してください。
ア 区市町村民税の課税証明書またはこれに代わる書類
イ 請求者と加給年金の対象となる配偶者の記載された住民票記載事項証明書
- 「給付事由」欄の「2 公務」「3 通勤」に をした方は次の証明を受けてください。

地方公務員災害補償等の証明

地方公務員災害補償法による傷病補償年金又は障害補償等を受ける者の氏名	
生 年 月 日	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 年 月 日生
補償事由発生日	年 月 日
療養補償等の期間	年 月 日から 年 月 日まで
障害補償の等級	
傷病補償年金又は障害補償等の金額	円
上記のとおり相違ないことを証明する。	
年 月 日	職名
災害補償の実施機関の長	氏名
	公印

障害共済年金 決定改定 請求書

共済組合受付印

記入例

〔決定請求事由〕 1. 障害認定日による請求 2. 事後重症による請求

〔注意事項2参照〕

在職中の請求の場合は記入不要です。

請求者に関する

「公務」・「通勤」は、地方公務員災害補償基金東京支部の認定を受けた場合に限られます。

添付する「診断書」「病歴・就労状況等申立書」と同一となります。

(原則)初診日から1年6月経過した日

859600	受給権者番号	CD	基礎年金番号
88754321			
(フリガナ)	キョウサイ タロウ	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
請求者の氏名	共済 太郎	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和42年10月1日 <input type="checkbox"/> 平成 (53歳)
(フリガナ)	〒163-8001	住民票コード番号	
請求者の住所	住所コード	CD	トウキョウト シンジュクク ニシシンジュク
			東京都新宿区西新宿2丁目8番1号
退職年月日	年 月 日	備考	TEL 03 (5321) 1111
給付事由発生原因	<input checked="" type="checkbox"/> 1 非公務 <input type="checkbox"/> 2 公務 <input type="checkbox"/> 3 通勤	傷病名	傷病発生日
		〇 〇 〇 〇 〇	平成 25 年 10 月 15 日
			初診日 ※注1参照 平成 25 年 10 月 15 日
			障害認定日 ※注1参照 平成 27 年 4 月 15 日
現在、公的年金制度(注意事項3参照)から年金を受けていますか <input checked="" type="checkbox"/> を付けてください。			
<input type="checkbox"/> 1 受けている(支給停止を含む)	<input checked="" type="checkbox"/> 2 受けていない	<input type="checkbox"/> 3 請求中(その年金について右欄に記入して下さい)	公的年金制度名
年金の種類			
1の受けているに <input checked="" type="checkbox"/> をした方は下欄に必要事項を記入し、必要書類を添付してください。			
公的年金制度名	年金の種類	年金証書記号番号	必要書類
注意事項の5を読んで必ず提出して下さい。			

加給年金額対象者に関する事項	加給年金の対象となる配偶者 ※注6参照	氏名(フリガナ)	続柄	生年月日	障害の有無	年取又は障害の等級
		キョウサイ ハナコ	妻	<input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和45年3月3日 <input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	0円
	上記配偶者の基礎年金番号	2101111111	(共済組合記入欄) 組合員原票により、被扶養者であることを確認			
	配偶者は現在、公的年金制度(注意事項の3参照)から年金を受けていますか <input checked="" type="checkbox"/> を付けてください。					
<input type="checkbox"/> 1 受けている(支給停止を含む)	<input checked="" type="checkbox"/> 2 受けていない	<input type="checkbox"/> 3 請求中(その年金について右欄に記入して下さい)	公的年金制度名			
年金の種類				1の受けているに <input checked="" type="checkbox"/> をした方は下欄に必要事項を記入し、必要書類を添付してください。		
公的年金制度名	年金の種類	年金証書記号番号	必要書類			
注意事項の5を読んで必ず提出して下さい。						

上記のとおり請求します。

東京都職員共済組合理事長 殿

令和 3 年 5 月 〇 日

請求者氏名 共済 太郎

注意事項

- この障害共済年金の請求は在職中に初めて医師の診療を受けた傷病に限ります。
- 「決定請求事由」について
 - 障害認定日による請求—初めて医師の診療を受けた日(初診日)から1年6月目(その期間内に治ったときはその日)に法で定める一定の障害の状態にあることによる請求
添付する診断書—診断日から1年6月目の障害の状態がわかる診断書
この請求を1年6月目から1年以上過ぎて請求するときは、1年6月目の診断書と請求時点の診断書(他の時点の診断書を求める場合もあります。)
 - 事後重症による請求—1年6月目に法で定める一定の障害の状態に無かった方が、65歳に達する迄の間に法で定める一定の障害の状態になったことによる請求
添付する診断書—請求時における障害状態の分かる診断書
※この年金は請求のあった月の翌月分からしか支給されません。
- 「公的年金制度」とは、国民年金・厚生年金・共済組合などをいいます。
- 「年金の種類」とは、退職(老齢)・障害・遺族をいいます。
- 「必要書類」について
記入した年金それぞれについて次のものを提出してください。
ア 年金証書の全てのコピー
イ 最も新しい年金振込通知書(ハガキ)のコピー
- 「加給年金の対象となる配偶者」—加給年金は障害の状態が1~2級に該当した請求者の収入で生計を維持していたときに加算されます。
このため「生計を維持していた」ことの立証資料として次の書類を提出してください。
ア 区市町村民税の課税証明書またはこれに代わる書類
イ 請求者と加給年金の対象となる配偶者の記載された住民票記載事項証明書
- 「給付事由」欄の「2 公務」「3 通勤」にをした方は次の証明を受けてください。

地方公務員災害補償等の証明

地方公務員災害補償法による傷病補償年金又は障害補償等を受ける者の氏名	
生 年 月 日	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 年 月 日生
補償事由発生日	年 月 日
療養補償等の期間	年 月 日から 年 月 日まで
障害補償の等級	
傷病補償年金又は障害補償等の金額	円
上記のとおり相違ないことを証明する。	
年 月 日	職名
災害補償の実施機関の長	氏名
	公印