

障害厚生年金・障害手当金受給状況届

1	保険給付の種類 (該当する番号に○印をつけてください。)	1. 障害基礎年金 2. 障害厚生年金 3. 障害手当金
2	障害厚生年金(障害基礎年金を含む) または障害手当金の額	
3	支給事由となった傷病名	
4	障害厚生年金または障害手当金を 受けることとなった年月日	昭・平・令 年 月 日
5	基礎年金番号	

※太枠内にご記入ください。

添付書類

◎障害厚生年金受給者

- 1.障害厚生年金の年金証書の写
- 2.障害厚生年金の額およびその支給開始年月を証する書類(裁定通知書の写)
- 3.障害厚生年金の直近の額を証する書類(振込通知書の写)

◎障害手当金受給者

- 1.障害手当金の支給を証する書類の写

上記のとおり、関係書類を添えて届出いたします。
令和 年 月 日

住所

氏名

傷病手当金の支給を受けている者が、厚生年金法の障害厚生年金(同一の支給事由に基づく国民年金法による障害基礎年金も含む)または障害手当金を受けられることとなったときは、遅滞なく、その旨を健康保険組合に届出ることになっています。