別記第4号の2(第8条関係)

傷病補償年金請求書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (実施機関の職氏名)  　　　　　　　　　　　　　　　　　様  　下記の傷病補償年金を請求します。 | | | | 請求年月日 | | | 年　　月　　日 | |
| 請求者の住所 | |  | | |
| ふりがな  氏名 | |  | | |
| 1 | 所属部局名 | | | | 職名 | | | |
| する事項  被災職員に関 |
| 氏名 | | | | 年　　月　　日生(　　歳) | | | |
| 負傷または発病の年月日 | 年　　月　　日 | | | 傷病等級該当年月日 | | | 年　　月　　日 |
| 2 | 傷病の名称、部位およびその状態 | | | | | | | |
| 3 | 既存障害とその程度 | | | | | | | |
| 4 | 日常生活の状態 | | | | | | | |
| 5 | 傷病等級 | | 第　　　　　　　　級　　　　　　　　号 | | | | | |
| 6 | 傷病補償年金請求金額 | | (年金補償基礎額)　　　　　　　(倍数)  　　　　　　　　　　円×　　　　　　＝　　　　　　　　円 | | | | | |
| 7 | 厚生年金保険法等の適用関係 | | □　　　　の被保険者である。　　□被保険者でない。 | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ８　送金希望の場合 | 口座振替 | 振込先金融機関名 | 銀行　　支店 | ※受理 | 年　　月　　日 |
| □普通預金　　□当座預金 | | ※決定金額 | 条例第10条の制限  □有　　　□無 |
| 口座番号 |  | 円 |
| 預金名義者 |  | ※通知 | 年　　月　　日 |
|  | | | ※年金証書の番号 | 第　　　　　　号 |
| ※支給開始年月日 | 年　　月　　日 |

〔注意事項〕

　1　請求者は、※印の欄には記入しないこと。また、該当する□にレ印を記入すること。

　2　「7　厚生年金保険法等の適用関係」の欄には、請求する傷病補償年金と同一の事由により福井県議会の議員その他非常勤の職員の公務災害補償等に関する条例(以下「条例」という。)附則第5条第1項の表の中欄に掲げる年金たる給付を受ける者であるときは、「□　　　の被保険者である。」の□にレ印を記入するとともに、その適用を受ける法律の名称を記入すること。

　　 なお、この請求書を提出するときに、その年金の種類、年額、支給開始年月、年金証書の記号番号および所轄年金事務所名等を記載した書類を添付すること。また、この請求書に係る年金の支給決定後に条例附則第5条第1項の表の中欄に掲げる年金たる給付を受けることとなつた場合には、速やかにその旨書類で報告すること。