別記第4号の3(第8条関係)

傷病補償年金変更請求書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (実施機関の職氏名)様　次のとおり傷病補償年金の変更を請求します。 | 請求年月日 | 　　年　　月　　日 |
| 請求者の年金請書の番号 | 第　　　　　　　号 |
| 　住所　氏名　　　　　　　　　　　　　 |
| 1　現在受けている傷病補償年金の傷病等級 | 　第　　　　　　　　　級 |
| 2　現在受けている傷病補償年金の支給が開始された年月 | 　　　　　　　　年　　　　　月 |
| 3　傷病の程度に変更があつた年月日 | 　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 4　傷病の部位およびその程度 | (第　　　　　　　級) |
| 5　変更後の傷病補償年金請求金額 | (年金補償基礎額)　　　　　　　(倍数)　　　　　　　　　　×　　　　　　　　　＝　　　　　　　　　円 |
| 6　添付する書類その他の資料名 | 　 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ※受理 | 　　年　　　月　　　日 | ※決定 | 　　年　　月　　日□変更　　　□不変更 |
| ※ | 変更後の傷病等級 | 第　　　級　第　　　号 | ※決定金額 | 円 |