

障害の現状報告書（傷病補償年金）

認定
番号

地方公務員災害補償基金北海道支部長... 殿

障害の現状について下記のとおり報告します。

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	他法年金の受給関係			
年金の種類	年金の年額	年金証書の 記号番号	支給開始 年 月	所轄年金 事務所等

* 支給 支給停止(免責)

〔注意事項〕

- この報告書は、傷病補償年金の受給権者が提出すること。
- 報告者は、*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。
- 「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。
- 「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、所属団体を退職した場合はその年月日、理由等を記入すること。
- 「年金の種類」の欄には、受給権者が傷病補償年金と同一の事由により受給する令附則第3条第1項の表の中欄に掲げる年金たる給付の名称を記入すること。
- 年月日の記載には元号を用いる。

* 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つては、以下の項目についても記入して下さい。

（日常生活の状態）

① 行動能力	<input type="checkbox"/> 終日臥床 <input type="checkbox"/> 自宅、病棟内でのみ行動できる <input type="checkbox"/> 通院（単独歩行）できる	理由
② 食 事	<input type="checkbox"/> 全く自用を弁じない <input type="checkbox"/> 他人の介助によってできる <input type="checkbox"/> 支障がない	理由
③ 用 便	<input type="checkbox"/> 全く自用を弁じない <input type="checkbox"/> 他人の介助によってできる <input type="checkbox"/> 支障がない	理由
④ 精神能力	<input type="checkbox"/> 常に他人の嚴重な注意を要する <input type="checkbox"/> 随時他人の注意を要する <input type="checkbox"/> 通院可能であるが就労できない	理由
⑤ 言語能力	<input type="checkbox"/> 完全な失語あるいは構音機能の喪失 <input type="checkbox"/> 他人との間でようやく意思を通じあうことができる <input type="checkbox"/> 支障がない	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

医療機関の 所在地
名 称
医師の氏名