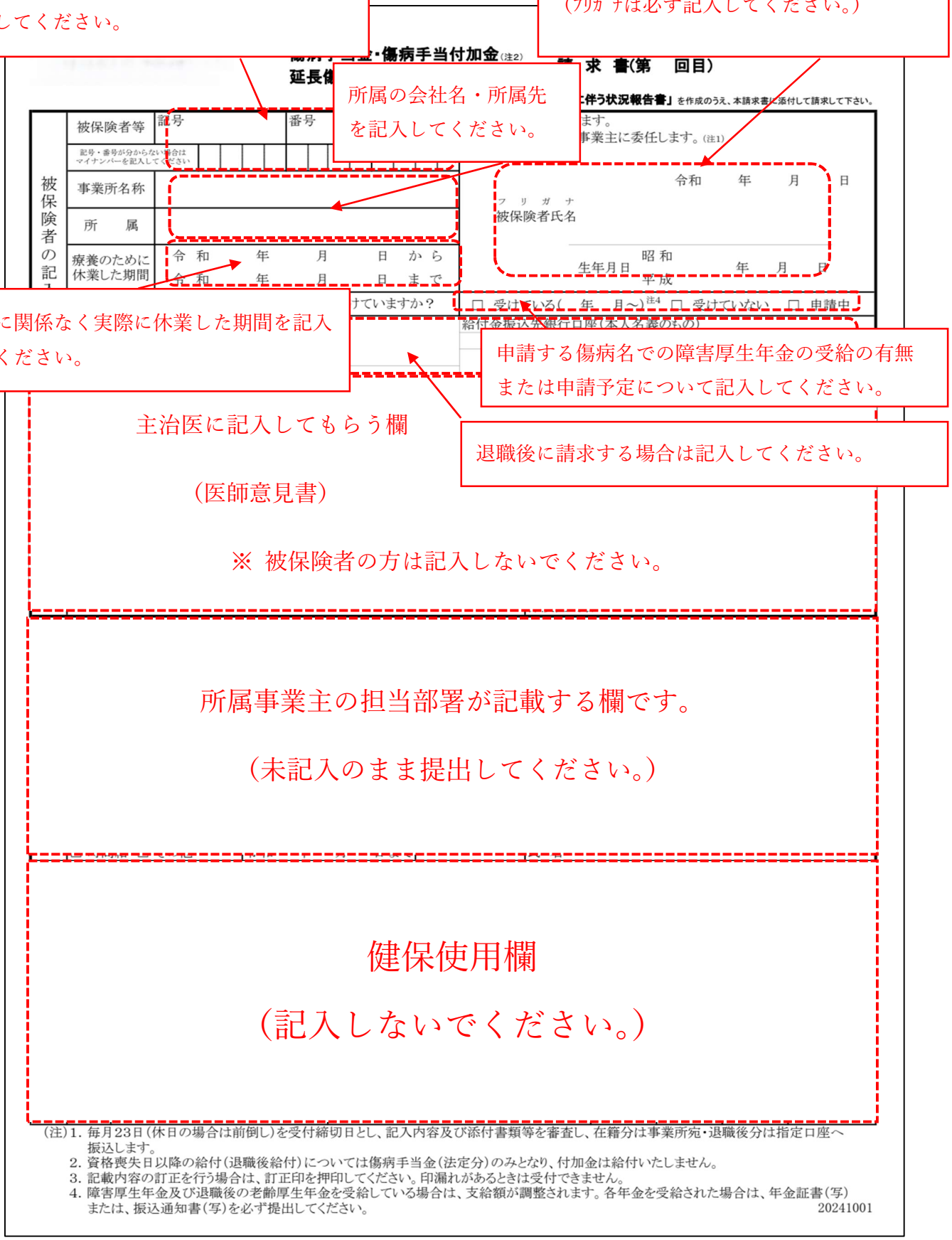
保険証等の記号番号を確認して記入してください。
記号番号が不明な場合はマイナンバーを記入してください。

書類記入日・被保険者氏名・生年月日を記入してください。
（ﾌﾘｶﾞﾅは必ず記入してください。）



所属の会社名・所属先を記入してください。

勤怠に関係なく実際に休業した期間を記入してください。

申請する傷病名での障害厚生年金の受給の有無または申請予定について記入してください。

退職後に請求する場合は記入してください。

主治医に記入してもらう欄

（医師意見書）

※ 被保険者の方は記入しないでください。

所属事業主の担当部署が記載する欄です。

（未記入のまま提出してください。）

健保使用欄

（記入しないでください。）

（注）1. 毎月23日（休日の場合は前倒し）を受付締切日とし、記入内容及び添付書類等を審査し、在籍分は事業所宛・退職後分は指定口座へ振込します。
2. 資格喪失日以降の給付（退職後給付）については傷病手当金（法定分）のみとなり、付加金は給付いたしません。
3. 記載内容の訂正を行う場合は、訂正印を押印してください。印漏れがあるときは受付できません。
4. 障害厚生年金及び退職後の老齢厚生年金を受給している場合は、支給額が調整されます。各年金を受給された場合は、年金証書（写）または、振込通知書（写）を必ず提出してください。

20241001