退職等年金給付用

公務障害年金改定請求書

※公務障害年金の受給権者の障害の程度が変わった場合に提出してください。

基礎年金番号（10桁）で届出する場合は
左詰めでご記入ください。

年金証書記号番号	8	-										個人番号または基礎年金番号									

下記のとおり請求します。 全国市町村職員共済組合連合会　理事長　様 令和　　年　　月　　日	フ　リ　ガ　ナ			
	氏　　名			
	性別	男・女	生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日

フ　リ　ガ　ナ			
住　　所	〒　　－ 都道府県　　市・区郡		
電　話　番　号	(　　)　　－	携帯電話番号等	(　　)　　－

傷病名等【523】	傷　病　名		コード	障害等級等							
				異動年月			等級		有期固定【526】		
				5							

※　以下の書類を添付してください（厚生年金に係る請求と同時に請求する場合は、添付不要です。）。
当該請求書を提出する日前１月以内に作成された障害の状態に関する医師又は歯科医師の診断書

所属所受付印

共済組合受付印

F-6（3.3）