

障害状態チェックシート（請求者記入）

- 旧法の障害年金（昭和 61 年 3 月以前に受ける権利が発生した障害年金）の受給権者の障害の程度が重くなり、下表の旧 1～旧 20 のいずれかに該当した場合は、前回診査日から 1 年を待たずに年金額の改定請求を行うことができます。
- 下の太枠欄に該当する障害の状態をチェックし、診断書と一緒に医師に渡してください。
 - 年金額の改定請求をした結果、必ずしも上位等級が認められるものではありませんのでご了承ください。

(前回診査日) 平成 年 月 日※機構記入

この太枠の該当欄に記入してください

診断書を記入される医師の方は裏面をご覧ください

✓	番号	障害の状態（国民年金法）
<input type="checkbox"/>	旧 1	両眼の視力の和が 0.04 以下のもの
<input type="checkbox"/>	旧 2	両耳の聴力損失が 90 デシベル以上のもの
<input type="checkbox"/>	旧 3	両上肢の全ての指を欠くもの
<input type="checkbox"/>	旧 4	両下肢を足関節以上で欠くもの
✓	番号	障害の状態（厚生年金保険法）
<input type="checkbox"/>	旧 5	両眼の視力が 0.02 以下のもの
<input type="checkbox"/>	旧 6	両眼の視力が 0.04 以下のもの
<input type="checkbox"/>	旧 7	一眼の視力が 0.02 以下、他眼の視力が 0.06 以下のもの
<input type="checkbox"/>	旧 8	両耳の聴力レベルが 90 デシベル以上のもの
<input type="checkbox"/>	旧 9	喉頭を全て摘出したもの
<input type="checkbox"/>	旧 10	両上肢を腕関節以上で失ったもの
<input type="checkbox"/>	旧 11	両下肢を足関節以上で失ったもの
<input type="checkbox"/>	旧 12	一上肢を腕関節以上で失ったもの
<input type="checkbox"/>	旧 13	一下肢を足関節以上で失ったもの
<input type="checkbox"/>	旧 14	両下肢をリスフラン関節以上で失ったもの
<input type="checkbox"/>	旧 15	両下肢の全ての足指を失ったもの
<input type="checkbox"/>	旧 16	心臓再同期医療機器（心不全を治療するための医療機器をいう）を装着したもの
✓	番号	障害の状態（国民年金法・厚生年金保険法共通）
<input type="checkbox"/>	旧 17	四肢又は手指若しくは足指が完全麻痺したもの（脳血管障害又は脊髄の器質的な障害によるものについては、当該状態が 6 月を超えて継続している場合に限る） ※完全麻痺の範囲が広がった場合も含む
<input type="checkbox"/>	旧 18	心臓を移植したもののまたは人工心臓（補助人工心臓を含む）を装着したもの
<input type="checkbox"/>	旧 19	脳死状態（脳幹を含む全脳の機能が不可逆的に停止するに至った状態をいう）または遷延性植物状態（意識障害により昏睡した状態にあることをいい、当該状態が 3 月を超えて継続している場合に限る）となったもの
<input type="checkbox"/>	旧 20	人工呼吸器を装着したもの（1 月を超えて常時装着している場合に限る）
(記入日) 平成 年 月 日		(請求者氏名)

※障害の状態に対応する診断書は裏面をご確認ください。

診断書作成時の注意事項（診断書を作成する医師の皆さまへ）

- ・表面でチェックされている障害の状態に対応する番号の「**注意事項**」をご確認いただき、必要な項目について診断書の備考欄に記入してください。

番号 (障害の状態)	診断書	注意事項
旧 1、旧 5～7	眼	診断書の記入上の注意をお読みください。
旧 2、旧 8、旧 9	聴覚	
旧 3、旧 4、 旧 10～15	肢体	
旧 16	循環器	<ul style="list-style-type: none"> ・重症心不全に該当しないケースで、心臓再同期医療機器（CRT 又は CRT-D）を装着した場合は、診断書の備考欄に装着日を記入してください。 記入例「平成○年○月○日、CRT 装着」 ・上記の他、診断書の記入上の注意をお読みください。
旧 17	肢体	<ul style="list-style-type: none"> ・完全麻痺と診断した日及び、その後に経過（再発、麻痺の範囲の拡大、その原因等）がある場合はその経過を診断書の備考欄に記入してください。 記入例「平成○年○月○日、完全麻痺と診断」 「□□の再発により○○から△△に範囲が拡大し、範囲拡大部分を○年○月○日、完全麻痺と診断。」 ・上記の他、診断書の記入上の注意をお読みください。
旧 18	循環器	診断書の記入上の注意をお読みください。
旧 19	肢体	<ul style="list-style-type: none"> ・脳死状態※の場合、脳死状態と診断した日を診断書の備考欄に記入してください。 記入例「平成○年○月○日、脳死状態と診断」 ・上記の他、診断書の記入上の注意をお読みください。 <p>※本請求においては脳幹を含む脳の機能が不可逆的に停止した状態（医学的脳死）をいい、「臓器の移植に関する法律（平成 9 年 7 月 16 日法律第 104 号）」における法的脳死は含みません。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・遷延性植物状態の場合、遷延性植物状態と診断した日を診断書の備考欄に記入してください。 記入例「平成○年○月○日、遷延性植物状態と診断」 ・上記の他、診断書の記入上の注意をお読みください。
旧 20	肢体 又は 呼吸器	<ul style="list-style-type: none"> ・人工呼吸器の装着日及び常時装着の有無を診断書の備考欄に記入してください。 記入例「平成○年○月○日以後、人工呼吸器を常時装着」 ・上記の他、診断書の記入上の注意をお読みください。