

# 身体障害 受付票

[ 高度障害、障害年金1級・2級受給権取得の場合 ]

きずな生保部分	
きずなプラス	
重病克服支援コース	

**記入例**

太枠内の該当箇所に☑、または必要事項をすべてご記入ください。

被保険者番号	7 7 7 0 0 0 0 1 2 3	←所属コードから始まる10ケタの番号
組合員氏名	(カタカナ) ヒョウゴ レイ	所属所名
被保険者(障害年金受給権を取得した方)氏名	(カタカナ) ヒョウゴ リョウ	〇〇市役所

請求内容	該当箇所に☑、または必要事項をすべてご記入ください。	
請求事由	<input type="checkbox"/> 高度障害状態となった <input checked="" type="checkbox"/> 障害年金1級の受給権を取得した <input type="checkbox"/> 障害年金2級の受給権を取得した	➡ 受給権取得日 令和3年12月10日
原因	<input type="checkbox"/> 事故(ケガ)による ➡ 事故日 年 月 日 <input checked="" type="checkbox"/> 疾病による ➡ 初診日 令和1年7月30日	
請求者	<input type="checkbox"/> 本人	本人が保険金等を請求し、受け取る意味を理解でき、請求書に必要事項を記載することができる。
	<input checked="" type="checkbox"/> 手続代行者	本人が保険金等を請求し、受け取る意味を理解できるが、請求書に必要事項を記載できない場合。 手続代行者の方氏名【 ヒョウゴ レイ 】 被保険者との続柄【 配偶者 】
	<input type="checkbox"/> 成年後見人等	本人が保険金請求できない、受取る行為の意味を理解できない場合で、成年後見・保佐制度利用している。 成年後見人(保佐人)の氏名【 】 被保険者との続柄【 】
	<input type="checkbox"/> 保管人	本人が保険金請求できない、受取る行為の意味を理解できない場合で、成年後見・保佐制度等を利用していない。 保管人のうち1名の氏名【 】 被保険者との続柄【 】
※補助または任意後見の制度をご利用の場合は別途ご照会ください。		
診断書について	<input checked="" type="checkbox"/> 公的障害年金の受給権取得時に提出した診断書のコピーを請求書提出時に添付できる。 <input type="checkbox"/> 公的障害年金の受給権取得時に提出した診断書のコピーは用意できないため再取得するので請求書送付時に白紙の診断書を送付してほしい。	

備考
----

所属所名	〇〇市役所	→	(有)兵庫ライフサービス
担当	コウベ ヨシミ		FAX:078(291)8900
受理日	〇年〇月〇日		担当