

障害年金試算申込書

No. _____

平成17年 1月 4日

会社名	NTT - BA長野		部署名	年金・健康保険事務センタ	
連絡先電話番号	(026) 225 - 3611				
回答方法 (希望する方法に印 および送信先を記入)	電話	FAX番号	() -		
	FAX	メールアドレス	tarou@nagano.ntt-na.co.jp		
メール					
氏名	年金太郎		(年 印 金)		
生年月日	大正 昭和 34 年 8 月 26 日 (45 歳)				
加入員番号	0 0 0 3 1 1 1 7 7 7				
初診日(1)	昭和	平成	1 2	年	3 月 1 0 日
障害認定日(2)	昭和	平成	1 3	年	9 月 1 0 日
障害等級(3)	3 級				

- 1 初診日とは、障害年金を受給することとなった傷病について、初めて医師の診療を受けた日(診断書等で証明が可能であること)となります。
- 2 障害認定日とは、障害年金を受給することとなった傷病の症状が固定した日となります。
- 3 障害等級は、障害厚生年金の障害等級に該当する等級となります。

担当者受付印

申込年月日を記入する。

会社名を記入する。

部署名を記入する。

連絡先電話番号を記入する。

希望する回答方法を で囲み「FAX」「メール」の回答は「FAX番号」または「メールアドレス」を記入する。

氏名を記入し、押印する。

生年月日を記入する。

加入者番号を記入する。

1を参照し、記入する。

2を参照し、記入する。

3を参照し、記入する。

