日本年金機構
Japan Pension Service

【国民年金・厚生年金保険】

# 障害厚生年金の請求手続きのご案内

＿＿＿＿＿＿＿＿ 様の年金請求書には、次の○印の書類を添付してください。

相談受付　平成　　年　　月　　日　担当者名

| 項番 | 添付書類 | 対象 | 提出前にご確認を |
|---|---|---|---|
| 1 | 年金手帳（被保険者証）・基礎年金番号通知書 | 本人　配偶者 | ☑ |
| 2 | 年金証書・恩給証書（受給権があるものすべて） | 本人　配偶者 | ☑ |
| 3 | 戸籍抄本（戸籍記載事項証明書）※<br>戸籍謄本（戸籍全部記載事項証明書）※ | 本人　配偶者　子 | ☑ |
| 4 | 住民票（続柄の記載があるもの）※ | 本人　世帯全員 | ☑ |
| 5 | 所得証明書・課税（非課税）証明書<br>（平成　　年度〔平成　　年１月から12月までの所得〕） | 配偶者　子 | ☑ |
| 6 | 在学証明書・学生証 | 子 | ☑ |
| 7 | 障害基礎年金の子の加算請求に係る確認書 | ― | ☑ |
| 8 | 印かん（認印でも可） | ― | ☑ |
| 9 | 請求者名義の預金通帳、貯金通帳またはキャッシュカード | ― | ☑ |
| 10 | 診断書・レントゲンフィルム・心電図 | 本人　子 | ☑ |
| | ア　障害認定日：平成　　年　　月　　日～平成　　年　　月　　日の症状の診断書<br>イ　現　　在：請求手続き以前３カ月以内の症状の診断書 | | ☑ |
| 11 | 受診状況等証明書（初診日等の証明） | | ☑ |
| 12 | 病歴・就労状況等申立書 | | ☑ |
| 13 | その他に必要な書類<br>ア　身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳<br>イ　第三者行為事故状況届および添付書類（確認書、交通事故証明書、示談書など）<br>ウ　生計維持申立書<br>エ　障害給付請求事由確認書<br>オ　時効に関する申立書または請求遅延に関する申立書<br>カ　その他（　　） | | ☑ |

※障害認定日による請求の場合は、障害認定日以降かつ請求日以前６カ月以内、事後重症による請求の場合は、請求日以前１カ月以内のものを添付してください。

（提出時期　平成　　年　　月　　日　以降）

## 添付書類の注意事項

■請求者以外の方がお越しになるときは、請求者が署名捺印した「委任状」のほか、相談者の運転免許証など身分を確認できるものも忘れずにご用意ください。

■添付書類には、「コピー」、「コピー可」と記載されているもの以外は、原本を添付してください。

■戸籍謄本、住民票等（年金請求等に用いることを目的として交付されたものを除きます。）の原本については、原本を提出したお客様から原本返却のお申出があった場合、職員がそのコピーをとらせていただいた上で、お返しいたします。（第三者証明、診断書等、原本返却できない書類もあります。）

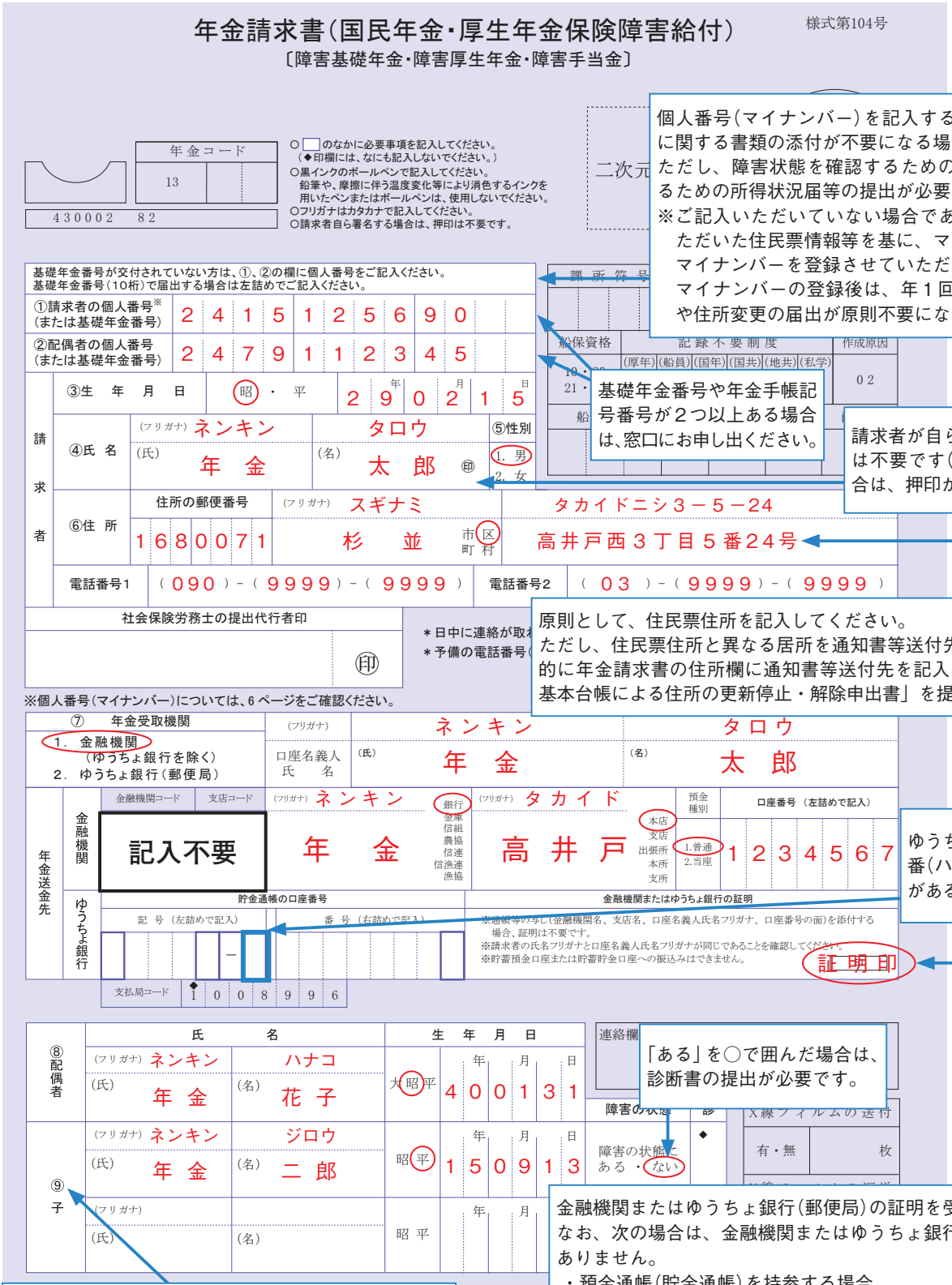
■個人番号（マイナンバー）をご記入いただくことにより、請求者の生年月日に関する市区町村の証明書または戸籍抄本の添付を省略することができます。

※基礎年金番号を記入いただいた方であっても、生年月日に関する書類の添付が不要になる場合があります。

## 記入上の注意事項

■この請求書は、厚生年金保険加入中に初診日がある場合に提出してください。
■請求する方の状況に応じて、書き方が異なりますのでご注意ください。
■訂正する場合は、訂正箇所に請求書の訂正印を押印してください。

## ＜請求書１ページ＞



年金請求書（国民年金・厚生年金保険障害給付）
〔障害基礎年金・障害厚生年金・障害手当金〕
様式第104号

年金コード 13
430002 82

○□のなかに必要事項を記入してください。
（◆印欄には、なにも記入しないでください。）
○黒インクのボールペンで記入してください。
鉛筆や、摩擦に伴う温度変化等により消色するインクを用いたペンまたはボールペンは、使用しないでください。
○フリガナはカタカナで記入してください。
○請求者自ら署名する場合は、押印は不要です。

二次元

基礎年金番号が交付されていない方は、①、②の欄に個人番号をご記入ください。
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。

①請求者の個人番号※（または基礎年金番号） 2 4 1 5 1 2 5 6 9 0
②配偶者の個人番号（または基礎年金番号） 2 4 7 9 1 1 2 3 4 5

請求者
③生年月日 昭・平 29年02月15日
④氏名 （フリガナ）ネンキン タロウ （氏）年金 （名）太郎 ㊞
⑤性別 1. 男 2. 女
⑥住所 住所の郵便番号 1680071 （フリガナ）スギナミ 杉並 市区町村 タカイドニシ３－５－24 高井戸西３丁目５番24号
電話番号1 （090）-（9999）-（9999） 電話番号2 （03）-（9999）-（9999）

社会保険労務士の提出代行者印 ㊞
＊日中に連絡が取れ
＊予備の電話番号（

※個人番号（マイナンバー）については、6ページをご確認ください。

⑦年金受取機関
1. 金融機関（ゆうちょ銀行を除く）
2. ゆうちょ銀行（郵便局）

口座名義人氏名 （フリガナ）ネンキン タロウ （氏）年金 （名）太郎

年金送金先
金融機関 金融機関コード 支店コード 記入不要
（フリガナ）ネンキン 年金
銀行 金庫 信組 農協 信連 信漁連 漁協
（フリガナ）タカイド 高井戸
本店 支店 出張所 本所 支所
預金種別 1. 普通 2. 当座
口座番号（左詰めで記入） 1234567

ゆうちょ銀行
貯金通帳の口座番号 記号（左詰めで記入） 番号（右詰めで記入）
金融機関またはゆうちょ銀行の証明
※通帳等の写し（金融機関名、支店名、口座名義人氏名フリガナ、口座番号の面）を添付する場合、証明は不要です。
※請求者の氏名フリガナと口座名義人氏名フリガナが同じであることを確認してください。
※貯蓄預金口座または貯蓄貯金口座への振込みはできません。
証明印
支払局コード ◆1008996

⑧配偶者
氏名 （フリガナ）ネンキン ハナコ （氏）年金 （名）花子
生年月日 大昭平 40年01月31日

⑨子
（フリガナ）ネンキン ジロウ （氏）年金 （名）二郎
昭平 15年09月13日
（フリガナ） （氏） （名）
昭平 年 月

連絡欄
障害の状態 診
障害の状態にある・ない ◆
X線フィルムの送付 有・無 枚

1

個人番号（マイナンバー）を記入することにより、生年月日に関する書類の添付が不要になる場合があります。
ただし、障害状態を確認するための診断書や所得を確認するための所得状況届等の提出が必要となる場合があります。
※ご記入いただいていない場合であっても、ご提出していただいた住民票情報等を基に、マイナンバー法に基づき、マイナンバーを登録させていただきます。
マイナンバーの登録後は、年１回の現況の確認（現況届）や住所変更の届出が原則不要になります。

基礎年金番号や年金手帳記号番号が２つ以上ある場合は、窓口にお申し出ください。

請求者が自ら署名する場合は、押印は不要です（代理人等が記入した場合は、押印が必要です）。

原則として、住民票住所を記入してください。
ただし、住民票住所と異なる居所を通知書等送付先とする場合には、例外的に年金請求書の住所欄に通知書等送付先を記入した上で、別途、「住民基本台帳による住所の更新停止・解除申出書」を提出してください。

ゆうちょ銀行の通帳記号に枝番（ハイフンに引き続く数字）がある方のみご記入ください。

「ある」を○で囲んだ場合は、診断書の提出が必要です。

金融機関またはゆうちょ銀行（郵便局）の証明を受けてください。
なお、次の場合は、金融機関またはゆうちょ銀行（郵便局）の証明は必要ありません。
・預金通帳（貯金通帳）を持参する場合
・預金通帳（貯金通帳）、キャッシュカードおよび預金口座を明らかにできる金融機関が発行する書類のコピーを添付する場合。
・インターネット専用銀行等の場合には、口座番号のわかる画面をプリントアウトしたもの等を添付する場合。
注）貯蓄口座では年金の受け取りができません。また、インターネット専業銀行は年金の受け取りができない銀行もありますのでご注意ください。

生計を同じくしている子がいる場合はご記入ください。
■子の年齢要件は次のいずれかとなります。
・18歳になった後の最初の３月31日まで
・国民年金法施行令別表に定める障害等級１級・２級の障害の状態にある場合は20歳未満
■併せて請求書５ページ「生計維持証明」欄の記入が必要です。

＜請求書３ページ＞

⑩　あなたの配偶者は、公的年金制度等（表1参照）から老齢・退職または障害の年金を受けていますか。○で囲んでください。

| 1. 老齢・退職の年金を受けている | 2. 障害の年金を受けている | 3. いずれも受けていない | 4. 請求中 | 制度名（共済組合名等） |
|---|---|---|---|---|

受けていると答えた方は下欄に必要事項を記入してください（年月日は支給を受けることになった年月日を記入

| 公的年金制度名（表1より記号を選択） | 年金の種類 | 年　月　日 | 年金証書の年金コードまたは記号番号等 |
|---|---|---|---|
| イ | 障　害 | 15．2．14 | １　３　５　０ |
| | | ．　． | |
| | | ．　． | |

「年金の種類」とは、老齢または退職、障害をいいます。

| 年金コード | |
|---|---|
| 1 | |
| 2 | |
| 3 | |

請求者が配偶者の加給年金額対象者である場合、障害基礎年金を受けている間は配偶者の加給年金額が支給停止されます。該当する方は「加給年金額支給停止事由該当届」の提出が必要となる場合があります。

⑪　あなたは、現在、公的年金制度等（表1参照）から年金を受けていますか。○で囲んでください。

| 1. 受けている | 2. 受けていない | 3. 請求中 | 制度名（共済組合名等） |
|---|---|---|---|

受けていると答えた方は下欄に必要事項を記入してください（年月日は支給を受けることになった年月日を記入

| 公的年金制度名（表1より記号を選択） | 年金の種類 | 年　月　日 | 年金証書の年金コードまたは記号番号等 |
|---|---|---|---|
| | | ．　． | |
| | | ．　． | |
| | | ．　． | |

「年金の種類」とは、老齢または退職、障害、遺族をいいます。

| 年金コード | | |
|---|---|---|
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 他年金種別 | | |

他の年金を請求手続き中の場合もご記入ください。
原則として２つ以上の年金を同時に受け取ることはできません。
いずれか一方の年金を選ぶ（選択）ことになります。

⑫　次の年金制度の被保険者または組合員等となったことがあるときは、その番号を○で囲んでください。

過去に加入したことのある制度の番号をすべて○で囲みます。

(1) 国民年金法　(2) 厚生年金保険法　3. 船員保険法（昭和61年4月以後を除く）
4. 廃止前の農林漁業団体職員共済組合法　5. 国家公務員共済組合法　6. 地方公務員等共済組合法
7. 私立学校教職員共済法　8. 旧市町村職員共済組合法　9. 地方公務員の退職年金に関する条例　10. 恩給法

⑬　履　　歴（公的年金制度加入経過）
※できるだけくわしく、正確に記入してください。

| | (1) 事業所（船舶所有者）の名称および船員であったときはその船舶名 | (2) 事業所（船舶所有者）の所在地または国民年金加入時の住所 | (3) 勤務期間または国民年金の加入期間 | (4) 加入していた年金制度の種類 | (5) 備　考 |
|---|---|---|---|---|---|
| 最初 | （有）○○商店 | 台東区台東２－× | 29・4・1から<br>35・3・31まで | 1. 国民年金<br>2. 厚生年金保険<br>3. 厚生年金(船員)保険<br>4. 共済組合等 | |
| 2 | | 杉並区高井戸西３－５－24 | 36・4・1から<br>38・3・31まで | 1. 国民年金<br>2. 厚生年金保険<br>3. 厚生年金(船員)保険<br>4. 共済組合等 | |
| 3 | △△商店（株） | 江東区亀戸５－×－× | 38・4・1から<br>41・3・31まで | 1. 国民年金<br>2. 厚生年金保険<br>3. 厚生年金(船員)保険<br>4. 共済組合等 | 台東<br>とる１△ |
| 4 | △△商店（株）大阪工場 | 大阪市東区谷町９－× | 41・4・1から<br>53・3・31まで | 1. 国民年金<br>2. 厚生年金保険<br>3. 厚生年金(船員)保険<br>4. 共済組合等 | 大手町<br>との３△ |
| 5 | △△商店（株）大阪支店 | 大阪市西区北堀江９－× | 53・4・1から<br>54・6・30まで | 1. 国民年金<br>2. 厚生年金保険<br>3. 厚生年金(船員)保険<br>4. 共済組合等 | |
| 6 | △△商店（株）東京支店 | 江東区亀戸５－×－× | 54・7・1から<br>平5・3・31まで | 1. 国民年金<br>2. 厚生年金保険<br>3. 厚生年金(船員)保険<br>4. 共済組合等 | |
| 7 | | | ・　・から<br>・　・まで | 1. 国民年金<br>2. 厚生年金<br>3. 厚生年金<br>4. 共済組合 | |
| 8 | | | ・　・から<br>・　・まで | 1. 国民年金<br>2. 厚生年金保険<br>3. 厚生年金(船員)保険<br>4. 共済組合等 | |
| 9 | | | ・　・から<br>・　・まで | 1. 国民年金<br>2. 厚生年金保険<br>3. 厚生年金(船員)保険<br>4. 共済組合等 | |
| 10 | | | ・　・から<br>・　・まで | 1. 国民年金<br>2. 厚生年金保険<br>3. 厚生年金(船員)保険<br>4. 共済組合等 | |

事業所(会社)の名称、所在地が変わっている場合でも、勤務していた当時のものをご記入ください。

加入していた年金制度が国民年金のときは記入不要です。

3

## ＜請求書５ページ＞

⑭ 必ず記入してください。

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| (1) この請求は、左の頁にある「障害給付の請求事由」の1から3までのいずれに該当しますか。該当する番号を○で囲んでください。 | | (1.) 障害認定日による請求　2. 事後重症による請求<br>3. 初めて障害等級の1級または2級に該当したことによる請求 | | |
| 「2」を○で囲んだときは右欄の該当する理由の番号を○で囲んでください。 | | 1. 初診日から 1 年 6 月目の状態で請求した結果、不支給となった。<br>2. 初診日から 1 年 6 月目の症状は軽かったが、その後悪化して症状が重くなった。<br>3. その他（理由　　） | | |
| (2) 過去に障害給付を受けたことがありますか。 | 1．はい<br>2．いいえ | 「1.はい」を○で囲んだときは、その障害給付の名称と年金証書の基礎年金番号・年金コード等を記入してください。 | 名称 | |
| | | | 基礎年金番号・年金コード等 | |

(3) 障害の原因である傷病について記入してください。

| | 1. | 2. | 3. |
|---|---|---|---|
| 傷病名 | 脳出血 | | |
| 傷病の発生した日 | 昭和 平成 25 年 4 月 25 日 | 昭和 平成　年　月　日 | 昭和 平成　年　月 |
| 初診日 | 昭和 平成 25 年 4 月 25 日 | 昭和 平成　年　月　日 | 昭和 平成　年　月 |
| 初診日において加入していた年金制度 | 1. 国年　2. 厚年　3. 共済 | 1. 国年　2. 厚年　3. 共済 | 1. 国年　2. 厚年　3. 共済 |
| 現在傷病はなおっていますか。 | 1. はい　・　2. いいえ | 1. はい　・　2. いいえ | 1. はい　・　2. いいえ |
| なおっているときは、なおった日 | 昭和 平成　年　月　日 | 昭和 平成　年　月　日 | 昭和 平成　年 |
| 傷病の原因は業務上ですか | 1．はい　・　2．いいえ | | |
| この傷病について右に示す制度から保険給付が受けられるときは、その番号を○で囲んでください。請求中のときも同様です。 | 1．労働基準法　2．労働者災害補償保険法<br>3．船員保険法　4．国家公務員災害補償法<br>5．地方公務員災害補償法<br>6．公立学校の学校医、学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償に関する法律 | | |
| 受けられるときは、その給付の種類の番号を○で囲み、支給の発生した日を記入してください。 | 1．障害補償給付（障害給付）　2．傷病補償給付（傷病年金）<br>昭和 平成　年　月　日 | | |
| 障害の原因は第三者の行為によりますか。 | 1．はい　・　2．いいえ | | |
| 障害の原因が第三者の行為により発生したものであるときは、その者の氏名および住所を記入してください。 | 氏名 | | |
| | 住所 | | |

「2.事後重症による請求」を○で囲んだ場合は、あてはまる理由を下から選んで○で囲んでください。

障害厚生年金を請求する傷病名のみご記入ください。
請求書に添付する診断書「①障害の原因となった傷病名」欄をご確認ください。

請求する傷病の原因が業務上である場合は、その下の欄の中から該当するものを○で囲んでください。

## 生計維持証明

⑮ 生計同一関係

右の者は、請求者と生計を同じくしていることを申し立てる。 ~~（証明する。）~~

平成 29 年 10 月 2 日

請求者 ~~（証明者）~~ 住所 杉並区高井戸西3-5-24

氏名 年金太郎 ㊞

（請求者との関係）

| | 氏名 | 続柄 |
|---|---|---|
| 配偶者および子 | 年金花子 | 妻 |
| | 年金二郎 | 次男 |
| | | |
| | | |
| | | |

（注） 1. この申立は、民生委員、町内会長、事業主、年金委員、家主などの第三者の証明に代えることができます。
2. この申立（証明）には、世帯全員の住民票（コピー不可）を添えてください。

⑯ 収入関係

1. 請求者によって生計維持していた者について記入してください。

| | | ※確認印 | ※年金事務所の確認事項 |
|---|---|---|---|
| (1) 配偶者について年収は、850万円未満㈱ですか。 | （はい）・いいえ | （　）印 | ア. 健保等被扶養者（第三号被保険者） |
| (2) 子(名: 二郎 ) について年収は、850万円未満㈱ですか。 | （はい）・いいえ | （　）印 | イ. 加算額または加給年金額対象者 |
| (3) 子(名: ) について年収は、850万円未満㈱ですか。 | はい・いいえ | （　）印 | ウ. 国民年金保険料免除世帯 |
| (4) 子(名: ) について年収は、850万円未満㈱ですか。 | はい・いいえ | （　）印 | エ. 義務教育終了前 |
| 2. 上記 1 で「いいえ」と答えた者のうち、その者の収入はこの年金の受給権発生時においては、850万円未満㈱ですか。 | はい・いいえ | | オ. 高等学校在学中<br>カ. 源泉徴収票・非課税証明等 |

（注） 平成6年11月8日までに受給権が発生している方は、「600万円未満」となります。
※請求者が申立てを行う際に自ら署名する場合は、押印は不要です。

平成 29 年 10 月 2 日 提出

請求者が自ら署名する場合は、押印は不要です（代理人等が記入した場合は、押印が必要です）。
第三者が証明する場合は、証明者の押印が必要です。

この欄は、⑯収入関係1. で「いいえ」と答えた方のみ対象となります。

5

## 用語の説明

＜初診日とは＞

初診日とは、障害の原因となった病気やけが（以下「傷病」といいます）について、初めて医師または歯科医師（以下「医師等」といいます）の診療を受けた日をいいます。

＜障害認定日とは＞

障害認定日とは、障害の程度を定める日のことで、その障害の原因となった傷病についての初診日から起算して１年６カ月を経過した日、または１年６カ月以内にその傷病がなおった場合（症状が固定した場合）はその日をいいます。

## ＜請求書７ページ＞

### 機構独自項目

| | |
|---|---|
| ⑰ 請求書 | 過去に加入していた年金制度の年金手帳の記号番号で、基礎年金番号と異なる記号番号があるときは、その記号番号を記入してください。<br>厚生年金保険 ／ 国民年金<br>船員保険 |
| ⑱ 配偶者 | 「②配偶者の基礎年金番号」欄を記入していない方は、あなたの配偶者について、つぎの 1 および 2 にお答えください。（記入した方は、回答の必要はありません。）<br>1. 過去に厚生年金保険、国民年金または船員保険に加入したことがありますか。○で囲んでください。（ある／ない）<br>「ある」と答えた方は、加入していた制度の年金手帳の記号番号を記入してください。<br>厚生年金保険 ／ 国民年金<br>船員保険<br>2. あなたと配偶者の住所が異なるときは、下欄に配偶者の住所および性別を記入してください。<br>住所の郵便番号 ／ 住所（フリガナ） ／ 性別（男 1 女 2） |

| | |
|---|---|
| ⑲ 個人で保険料を納める第四種被保険者、船員保険の年金任意継続被保険者となったことがありますか。 | 1．はい ・ 2．いいえ |
| 「はい」と答えた人は、保険料を納めた年金事務所（社会保険事務所）の名称を記入してください。 | |
| その保険料を納めた期間を記入してください。 | 昭和／平成 年 月 日 から 昭和／平成 年 月 日 |
| 第四種被保険者（船員年金任意継続被保険者）の整理記号番号を記入してください。 | （記号） （番号） |

会社名だけでなく支店、工場等についてもご記入ください。

## ＜請求書８ページ＞　代理人に手続きを委任される場合にご記入ください。

### 委任状

代理人　※ご本人（委任する方）が記入してください。

| | | | |
|---|---|---|---|
| フリガナ | コクネン　サブロウ | ご本人との関係 | 会社の同僚 |
| 氏名 | 国年　三郎 | | |
| 住所 | 〒168 － 0071<br>杉並区 高井戸西 9-9-9　高井戸マンション101 | 電話（ 090 ） 1234 － 5678 | |

**私は、上記の者を代理人と定め、以下の内容を委任します。**

ご本人　※ご本人が必ず署名し、押印してください。

| | | | |
|---|---|---|---|
| 基礎年金番号 | 2415125690 | 作成日 | 平成 29 年 10 月 2 日 |
| フリガナ | ネンキン　タロウ | 生年月日 | 昭和 29 年 2 月 15 日 |
| 氏名 | 年金　太郎（年金） | | 平成 |
| 住所 | 〒 168 － 0071<br>杉並区 高井戸西 3-5-24 | 電話（ 090 ） 9999 － 9999 | |
| 委任する内容 | 委任する事項を次の項目から選んで○を付け、5を選んだ場合は委任する内容を具体的に記入してください。<br>(1)年金の請求について　(3)年金の見込額について　5. その他（具体的に記入してください）<br>(2)年金の加入期間について　(4)各種再交付手続きについて<br>○年金に関するデータの交付について希望の有無を、A～Cの項目から選んで○を付けてください。<br>A. 代理人に交付を希望する　(B)本人宛に郵送を希望する　C. 交付を希望しない | | |

8

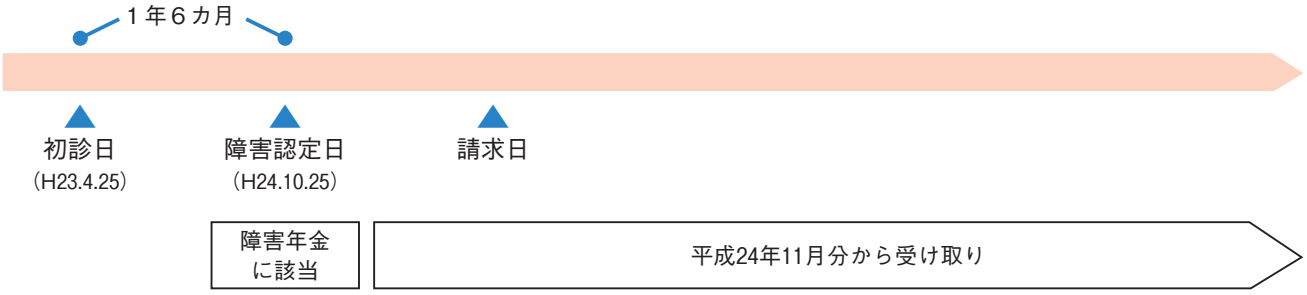
## ＜障害年金の請求ケース＞

### ケース１

会社員のＡさん（52歳）は、平成23年４月25日に脳出血で倒れて病院に運ばれましたが、左半身にマヒが残りました。そのため、Ａさんは障害厚生年金を請求することにしました。

**解説**

ケース１の初診日は平成23年４月25日となり、障害認定日は１年６カ月経過した日である平成24年10月25日となります。障害認定日の症状が国民年金法施行令・厚生年金法施行令（別表第一）に定める障害等級の状態にあれば、障害認定日以降に障害厚生年金を請求することで、平成24年11月分から受け取れます。




**障害認定日による請求**

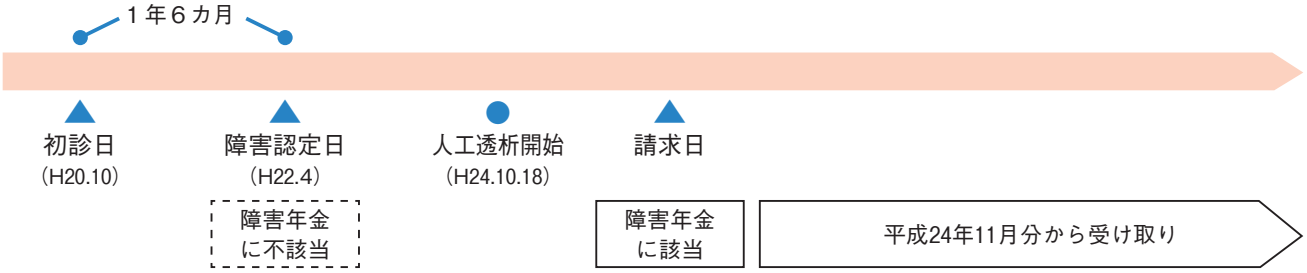
障害認定日に国民年金法施行令・厚生年金法施行令（別表第一）に定める障害等級１級、２級または３級の状態にあるときに障害認定日の翌月から年金が受けられます（ただし、一定の資格期間が必要です）。
このことを「認定日による請求」といいます。
請求書に添付する診断書は、障害認定日時点の症状がわかるものが必要です。なお、請求する日が、障害認定日より１年以上過ぎているときは、請求手続き以前３カ月以内の症状がわかる診断書も併せて必要となります。
請求書は障害認定日以降に提出することができます。

### ケース２

会社員のＢさん（45歳）は、平成20年10月から糖尿病で病院に通っています。最近になって体調が悪くなり、平成24年10月18日から人工透析をはじめたので障害厚生年金を請求することにしました。

**解説**

ケース２の初診日は平成20年10月に糖尿病で初めて病院に行った日です。障害認定日は、症状が軽かったので、障害厚生年金には該当しませんでした。しかし、平成24年10月18日から人工透析（２級相当）を開始したため、人工透析開始日以降に障害厚生年金を請求することで事後重症による障害厚生年金を請求日の翌月分から受け取れます。




**事後重症による請求**

障害認定日に国民年金法施行令・厚生年金法施行令（別表第一）に定める障害等級１級、２級または３級の状態に該当しなかった人でも、その後病状が悪化し、１級、２級または３級の障害の状態になったときには請求により障害厚生年金が受けられます（ただし、一定の資格期間が必要です）。
このことを「事後重症による請求」といいます。
請求書に添付する診断書は、請求手続き以前３カ月以内の症状がわかるものが必要です。
請求書は65歳前に提出する必要があります。
事後重症による請求の場合、請求が遅くなると、受け取りが遅くなります。

1803　1018　038　LK44