

# 1 障害基礎年金・障害厚生年金の概要

## 1 わが国の年金制度体系

### (1) 昭和61年4月からの基礎年金制度

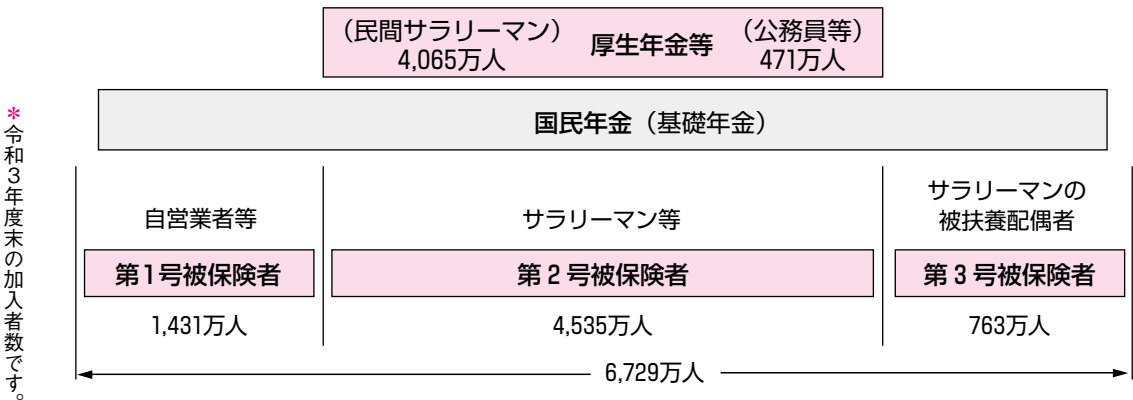
現在、わが国は、人口構造の高齢化が急速に進む一方、社会経済および就業構造の変化が進み、年金制度をとりまく社会的環境が従来と大きく変わりつつあります。そこで、本格的な高齢化社会である21世紀を迎えるにあたり、老後の所得保障の基盤となる公的年金制度をゆるぎなく発展させていくことが今後の重要な課題であるとの観点から年金制度改革が行われ、昭和61年4月1日から現在の基礎年金制度がスタートしました。

その結果、20歳以上60歳未満の国内に住所を有する人は、現在、原則として全員が国民年金に加入することになっています。

### (2) 3種類の国民年金の被保険者

ただし、国民年金の加入者（被保険者）は、保険料の徴収方法その他が異なるため、次の3種類に分けられています。

- ア 第1号被保険者——20歳以上60歳未満の農業、商工業などの自営業者等と学生
- イ 第2号被保険者——厚生年金保険の被保険者
- ウ 第3号被保険者——第2号被保険者の20歳以上60歳未満の被扶養配偶者



### (3) 2階建ての年金制度

厚生年金保険の被保険者（国民年金の第2号被保険者）は、国民年金と厚生年金保険の2つの年金制度に加入しています。

\* 第2号被保険者と第3号被保険者の国民年金の保険料は、第2号被保険者が納付する厚生年金保険の保険料に含まれています。

その結果、厚生年金保険の被保険者については、原則として国民年金から支給される基礎年金と上乗せの厚生年金の2つの年金制度が支給される、いわゆる「2階建ての年金制度」になっています。

## 2 障害基礎年金・障害厚生年金と診断書

### 1 診断書の種類等

障害年金の支給を受けるために添付すべき診断書には障害の部位によって、次の8つの様式があります。

様式第120号の1	眼の障害用
様式第120号の2	聴覚、鼻腔機能、平衡機能、そしゃく・嚥下機能、音声又は言語機能の障害用
様式第120号の3	肢体の障害用
様式第120号の4	精神の障害用
様式第120号の5	呼吸器疾患の障害用
様式第120号の6―(1)	循環器疾患の障害用
様式第120号の6―(2)	腎疾患・肝疾患、糖尿病の障害用
様式第120号の7	血液・造血器、その他の障害用

※日本年金機構のホームページ (<https://www.nenkin.go.jp/shinsei/jukyu/jukyu.html>) では、PDF版とエクセル版の2種類の診断書が公開されています。PDF版では○で囲むところがエクセル版ではチェックをするようになっていきます。(本書では画像が鮮明なエクセル版を掲載しています。)

通常、1つの傷病の場合、上記診断書様式のいずれか1つを使用することになりますが、現れる障害が必ずしも1つとは限りませんので、1つの傷病で2つ以上の障害がある場合は、それぞれの障害の状態が的確に記載できる様式の診断書が必要となります。

たとえば、脳血管障害（脳出血、脳梗塞等）や交通事故等による頭部外傷により、肢体の障害に加えて器質性精神障害が併存している場合は、様式第120号の3と第120号の4の診断書を使用することになります。

なお、この8つの様式は、障害年金の請求のほか、受給権者が生計を維持している子が障害を有している、年金額の加算額対象者となる場合の障害の状態を判断するときにも使用することになっています。

なお、22頁の障害状態確認届と23頁の現況届に添付する診断書については、上記の診断書は使用せず、別のものを使用することになっています。

#### ●障害者の特例による老齢厚生年金を受ける場合

男子で昭和16年4月2日～昭和36年4月1日（女子は昭和21年4月2日～昭和41年4月1日）生まれの人に60歳台前半に支給される特別支給の老齢厚生年金の年金額は、受給権者が3級以上の障害の状態にある場合、「障害者の特例」によって報酬比例部分に加えて定額部分と要件を満たす配偶者がいれば加給年金額が加算されますが、この場合の老齢厚生年金を請求する場合に添付する診断書は、上記のものとなります。

# 3 障害の認定要領と診断書

障害の程度を認定する基準となるのは国年令別表、厚年令別表第一および厚年令別表第二です。しかし、これらに示している基準は、障害の種類によってはその程度を明示していますが、大部分は比較的抽象的な基準を示すにとどまっています。そのためにそれら別表の基準を、より具体化した認定基準を設け、それに基づいて障害認定を行っています。障害認定基準については、日本年金機構のホームページで全文を検索できます。

以下に、主な障害の認定要領と診断書の記載にあたっての留意事項について説明します。

## 1 眼の障害

眼の障害の認定基準は、次のとおりです。

1 級	両眼の視力がそれぞれ0.03以下のもの
	一眼の視力が0.04、他眼の視力が手動弁以下のもの
	ゴールドマン型視野計による測定の結果、両眼の1/4視標による周辺視野角度の和がそれぞれ80度以下かつ1/2視標による両眼中心視野角度が28度以下のもの
	自動視野計による測定の結果、両眼開放視認点数が70点以下かつ両眼中心視野視認点数が20点以下のもの
2 級	両眼の視力がそれぞれ0.07以下のもの
	一眼の視力が0.08、他眼の視力が手動弁以下のもの
	ゴールドマン型視野計による測定の結果、両眼の1/4視標による周辺視野角度の和がそれぞれ80度以下かつ1/2視標による両眼中心視野角度が56度以下のもの
	自動視野計による測定の結果、両眼開放視認点数が70点以下かつ両眼中心視野視認点数が40点以下のもの
3 級	身体の機能の障害が前各号と同程度以上と認められる状態であって、日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの
	両眼の視力がそれぞれ0.1以下に減じたもの
	ゴールドマン型視野計による測定の結果、両眼の1/4視標による周辺視野角度の和がそれぞれ80度以下に減じたもの
障 害 手 当 金	自動視野計による測定の結果、両眼開放視認点数が70点以下に減じたもの
	両眼の視力がそれぞれ0.6以下に減じたもの
	一眼の視力が0.1以下に減じたもの
	両眼のまぶたに著しい欠損を残すもの
	両眼による視野が2分の1以上欠損したもの
	ゴールドマン型視野計による測定の結果、1/2視標による両眼中心視野角度が56度以下に減じたもの
	自動視野計による測定の結果、両眼開放視認点数が100点以下に減じたもの
	自動視野計による測定の結果、両眼中心視野視認点数が40点以下に減じたもの
両眼の調節機能及び輻輳機能に著しい障害を残すもの	
身体の機能に、労働が制限を受けるか、又は労働に制限を加えることを必要とする程度の障害を残すもの	

## 4 診断書記載事例

例 1	眼の障害	80
例 2	聴覚の障害	82
例 3	そしゃく・嚥下機能の障害	86
例 4	音声または言語機能の障害	90
例 5	肢体の障害 1 (脳内出血)	94
例 6	肢体の障害 2 (脳梗塞)	98
例 7	肢体の障害 3 (右上腕切断)	102
例 8	肢体の障害 4 (左変形性股関節症)	106
例 9	肢体の障害 5 (脊髄小脳変性症)	110
例10	精神の障害	114
例11	呼吸器疾患による障害	118
例12	心疾患による障害	122
例13	腎疾患による障害	126
例14	肝疾患による障害	130
例15	糖尿病による障害	134
例16	その他の疾患による障害 (直腸腫瘍)	138

例 1

眼の障害

本例は、発病が平成 21 年 3 月頃、初診日が平成 21 年 4 月 14 日で、障害認定日当時の障害の程度が国年令別表および厚年令別表第一に該当しませんでした。その後障害の程度が悪化したため事後重症として請求してきたものです。

この診断書の障害の状態は、令和 5 年 7 月 13 日現症ですので、年金の請求日がそれより 3 ヶ月以内の令和 5 年 10 月 12 日以前であれば、これで確認できます。

傷病は「網膜色素変性症」による視力障害ですので、⑩の(1)・(2)欄は必ず記載してください。

なお、視力の測定結果は、過去 3 ヶ月間において複数回の測定を行っている場合は、最良の値を示したものを記載してください。

視野障害がある場合は、測定結果を必ず記載してください。

(眼) 国民年金 診断  
厚生年金保険

(フリガナ) 氏名	○○○○	生年月日							
住所	住所地の郵便番号 ○○○○○○○○	都道府県	○○○						
① 障害の原因 となった 傷病名	網膜色素変性症 (両)								
④ 傷病の原因 又は誘因	不詳 初診年月日(□昭和・□平成・□令和 年 月 日)								
⑦ 傷病が治った(症状が固定して治療の効果が期待できない状態を含む。)かどうか。	傷病が治っている場合 …………… 傷病が治っていない場合 ……………								
⑧ 診断書作成医療機関における初診時所見 初診年月日 (□昭和 □平成 □令和 年 月 日)	視力は右(1.5)、左(1.5)と良好であるが網膜には広汎な変性を認めた。 平成 3 年 11 月 14 日								
⑨ 現在までの治療の内容、期間、経過、その他の参考となる事項	カルナクリン、アダブチノールを投与観察中である。								
<b>障害の状態</b>									
⑩ 視力									
裸眼 矯正視力									
右	0.1	0.35 × S - 1.0D	( ) cyl D Ax						
左	0.3	0.5 × S + 1.5D	( ) cyl - 1.25 D Ax 90						
⑪ 視野 ※ 視野図のコピーを添付してください。									
ア. ゴールドマン型視野計									
(ア) 周辺視野の評価 (1/4)									
① 周辺視野の角度									
	上	内上	内	内下	下	外下	外	外上	合計
右	5	5	6	5	5	6	7	5	44
左	5	6	7	7	6	7	7	6	51
② 両眼による視野が 2 分の 1 以上欠損 (□はい・□いいえ)									
(イ) 中心視野の評価 (1/2)									
中心視野の角度									
	上	内上	内	内下	下	外下	外	外上	合計
右	2	2	2	2	2	2	2	2	16
左	2	2	2	2	2	2	3	2	17
両眼中心視野角度 (1/2) (aとbのうち大きい方) (aとbのうち小さい方) / 4 = 17 度									
イ. 自動視野計									
(ア) 周辺視野の評価									
両眼開放エスターマンテスト 両眼開放視認点数 □ 点									
(イ) 中心視野の評価 (10-2プログラム)									
右	c	点(≥26dB)	両眼中心視野視認点数 (cとdのうち大きい方) (c、d) × 3 +						
左	d	点(≥26dB)							
⑫ 現在の日常生活能力及び労働能力 (必ず記入してください。)									
視力は良好であるが、視野が狭いため不									
⑬ 予後 (必ず記入してください。)									
回復の見込みなし									

⑩の(1)・(2)欄は必ず記載してください。

本人の障害の程度及び状態に無関係な欄には記入する必要はありません。上記のとおり診断します。 令和 5 年 7 月  
病院又は診療所の名称 ○○○病院  
所在地 ○○○市○○町○○

書

(眼の障害用)

様式第120号の1

<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	2年 6月 8日生( 33 歳)	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇			
傷病の発生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	20年 3月 頃日	<input checked="" type="checkbox"/> 診療録で確認 <input type="checkbox"/> 本人の申告で
①のため初めて医師の診療を受けた日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	20年 4月 14日	<input checked="" type="checkbox"/> 診療録で確認 <input type="checkbox"/> 本人の申告で
既存障害	なし		
治った日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 確定 <input type="checkbox"/> 推定
症状のよくなる見込	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 不明		
ったが、視野は求心性に狭窄し10度以内であった。			
診察回数	年間	3回、月平均	回
手術歴	部位 <input type="checkbox"/> 左 ・ <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 眼球摘出 ・ <input type="checkbox"/> その他の手術 手術名 ( ) 手術年月日 ( 年 月 日 )		
<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	5年 7月 13日 現在		
(3) 所見			
	右	左	
前眼部所見	特になし	特になし	
中間透光体所見	軽度の白内障	軽度の白内障	
眼底所見	網膜色素変性	網膜色素変性	
(4) その他の障害 (その程度・症状・治療経過等を記載してください。該当するもののローマ数字にチェックをしてください。)			
<input type="checkbox"/> I 調節機能 / <input type="checkbox"/> II 輻輳機能 / <input type="checkbox"/> III 瞳孔 <input type="checkbox"/> IV まぶたの欠損 / <input type="checkbox"/> V まぶたの運動 / <input type="checkbox"/> VI 眼球の運動			
計	4	度	
計	1	度	
計	3	度	
計	7	度	
とdのうち小さい方			
+ ( ) / 4 = ( ) 点			
自由である。夜盲が強く暗所での労働は不可である。			
備 考			

本人の申告で確認または本人の申告で確認した年月日を記入してください。

(お願い) 大文字の欄は、記入漏れがないように記入してください。

既存障害がある場合は、必ず記載してください。

「診療回数」は、現症日前1年間における診療回数を記載してください。  
 なお、入院日数1日は、診療回数1回として計算してください。

年月日は必ず記載してください。

診断書の作成

# 5 参考資料

1	(別紙) 肢体の障害関係の測定方法	143
2	肺結核関係	153
3	じん肺関係	155
4	安静度表	158
5	糖尿病関係	160
6	喘息予防・管理ガイドライン	161
7	ヒト免疫不全ウイルス感染症関係	164
8	ポリオ後症候群 (ポストポリオ) 関係	176
9	精神の障害関係	178
10	血液・造血器関係	196

付1

# 障害年金の請求

## 1 障害年金の受給要件

障害年金は、次の条件のすべてを満たしている場合に支給されます。

- (1) 原則として被保険者期間中に初診日のある傷病であること
- (2) 障害認定日（初診日から1年6ヵ月を経過した日、あるいはその期間内に傷病が治った場合はその日）において、国年令別表または厚年令別表第一（8頁～10頁参照）に定める程度の障害の状態にあること
- (3) 初診日の前日において初診日の属する月の前々月までの被保険者期間で国民年金の保険料納付済期間（厚生年金保険の被保険者期間、共済組合の組合員期間を含む。）と保険料免除期間を合わせた期間が3分の2以上あること

なお、65歳未満で令和8年4月1日前に初診日がある傷病による障害については、上の要件を満たさなくても、初診日の前日において初診日の属する月の前々月までの1年間に国民年金の保険料納付済期間（免除期間も含まれます。）であること等、新制度の施行に伴う経過的な措置がとられています。



例17 年金請求書 1

基礎年金番号が交付されていない人は、  
①、②の欄に個人番号（マイナンバー）を  
記入してください。（その場合年金事務所で  
付番のうえ進達）

昭・平・令のいずれかを○で囲み、年月  
日欄はそれぞれ2桁で記載してください。

下欄に（氏）・（名）をそれぞれ記載し、上  
欄にカタカナでフリガナを付けてください。  
郵便番号を必ず記載してください。住所は、  
下欄に都道府県名を除き記載し、上欄にカ  
タカナでフリガナを付けてください。

指定する口座が公金受  
取口座として登録済の場  
合は、してください。

生計を同一にする配偶者、18歳に到達す  
る日とその到達年度の末日までにある子ま  
たは1級もしくは2級の障害の状態にある  
20歳未満の子がいる場合は、当該者の氏  
名、生年月日を記載し、子については、障  
害の状態にある・ないの別を○で囲んでく  
ださい。

年金請求書（国民年金・厚  
〔障害基礎年金・障害厚生

年金コード	13
430002	82

○□のなかひに必要事項をご記入ください。  
◆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ご記入ください。  
鉛筆や、摩擦に伴う温度変化等により消え  
用いたペンまたはボールペンは、使用しな  
○フリガナはカタカナでご記入ください。

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)	2157102034
②配偶者の個人番号 (または基礎年金番号)	7657001184
③生 年 月 日	昭・平・令 541110
④氏 名 (フリガナ) ネン キン (氏) 年 金 (名) タ ロウ 太 郎	
⑥住 所 住所の郵便番号 (フリガナ) スギナミ 杉並 市(町)	1680071
電話番号1 (03) - (3503) - (0000)	
社会保険労務士の提出代行者欄	* 日中に連 * 予備の電

※個人番号(マイナンバー)および公金受取口座については、6ページをご確認ください

⑦ 年金受取機関 ※	(フリガ)
① 金融機関(ゆうちょ銀行を除く)	※1または2に○をつけ、希望する年金の 受取口座を下欄に必ずご記入ください。 ※また、指定する口座が公金受取口座とし て登録済の場合は、左欄に○をつけてください。
2. ゆうちょ銀行(郵便局)	
<input type="checkbox"/> 公金受取口座として登録済の口座を指定	
金融機関	金融機関コード 支店コード (フリガナ) ○ ○ ○ ○
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)

⑧ 氏 名 (フリガナ) ネン キン (氏) 年 金 (名) ハナ コ 花 子	生 年 月 日 昭
氏 名 (フリガナ) (氏) (名)	生 年 月 日 平
⑨ 個人番号	障害の状態 ある・な
氏 名 (フリガナ) (氏) (名)	生 年 月 日 平
個人番号	障害の状態 ある・な

生年金保険障害給付)  
年金・障害手当金]

様式第104号

二次元コード

実施機関等

受付年月日

課所符号	進達番号	厚年資格
		10・20 21・22
船保資格	記録不要制度	作成原因
10・20 21・22	(厚年)(船員)(国年)(国共)(地共)(私学)	02
船	戦	加
重	未保	支保
配	状	

⑤性別  
1. 男  
2. 女

タカイドニシ

高井戸西3-5-24

電話番号2 ( ) - ( ) - ( )

連絡が取れる電話番号(携帯も可)をご記入ください。  
電話番号(携帯も可)があればご記入ください。

義人(氏) **ネン キン** (名) **タロウ**  
**年 金** **太 郎**

フリガナ **タカイド** 預金種別 **0123456**  
本店 出張所 本店 支所  
支店 普通 2.当座

金融機関またはゆうちょ銀行の証明欄 ※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。  
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ご確認ください。

銀行印

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)を添付する場合または公金受取口座を指定する場合、証明は不要です。

平成 5 5 0 1 0 1  
年 月 日  
令  
に ◆ 診  
にい  
令  
に ◆ 診  
にい

連絡欄

X線フィルムの送付  
有・無 枚  
X線フィルムの返送  
年 月 日

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、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することができる金融機関が発行する書類のコピーのうち、いずれか1点を添付する場合
- ・インターネット專業銀行等の口座番号が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
- ・公金受取口座として登録済の口座を指定する場合

(注) 貯蓄口座では年金の受け取りができません。また、インターネット專業銀行の中には年金の受け取りができない銀行もあります。

(注) この記載例は障害基礎年金・障害厚生年金を請求をする場合ですので、障害基礎年金のみを請求する場合にはこれに準じて記載してください。