

労働者災害補償保険

障害補償年金 前払一時金請求書
障害年金

年金証書の番号		管轄局	種別	西歴年	番号		
請求人 (被災労働者)		氏名	⑩	生年月日	明大昭	年	月 日
		住所					
請求する給付日数(○でかこむ)	第一級	200・400・600・800・1000・1200・1340日分		()	受けている・受けていない 労災年金受給の有無(○でかこむ)		
	第二級	200・400・600・800・1000・1190日分		()			
	第三級	200・400・600・800・1000・1050日分		()			
	第四級	200・400・600・800・920日分		()			
	第五級	200・400・600・790日分		()			
	第六級	200・400・600・670日分		()			
	第七級	200・400・560日分		()			

(注意) 1 請求する給付日数の欄の()には、加重障害の給付日数を記入すること。
2 「請求人の氏名」の欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができる。

上記のとおり 障害補償年金 障害年金 前払一時金を請求します。

平成 年 月 日

郵便番号

電話番号

住所

()

請求人の
(代表者) 氏名

⑩

労働基準監督署長 殿

振込を希望する銀行等の名称		預金の種類及び口座番号	
銀行・金庫	本店	普通・当座	第 号
農協・漁協・信組	支店	名義人	
	支所		