

記入例

様式第16号の2(表面)

労働者災害補償保険 傷病の状態等に関する届

① 労働保険番号	府県	所掌	管轄	基幹番号	枝番号	③ 傷病又は負傷年月日	26年10月3日
② フリガナ 氏名	1:0	1	0:2	6:5:4:3:2/1	0:0:0	④ 療養開始年月日	26年10月3日
労働者の住所	ロウドウ 14ロウ 労働 一郎 (男)						
生年月日	昭和40年6月23日(50歳)						
フリガナ	4ヨダノク カズミガセキ						
住所	4代田区霞ヶ関1-2-2						
⑤ 傷病の名称、部位及び状態	(診断書のとおり。)						
⑥ 厚生年金保険等の受給関係	厚年等の年金証書の基礎年金番号・年金コード					被保険者資格の取得年月日	年 月 日
	年金の種類	厚生年金保険法の 障害年金 <input type="checkbox"/> 障害厚生年金 国民年金法の 障害年金 <input type="checkbox"/> 障害基礎年金 船員保険法の障害年金					
	障害等級						級
	支給される年金の額						円
	支給されることとなった年月日						年 月 日
	厚年等の年金証書の基礎年金番号・年金コード						
所轄年金事務所等							
⑦ 添付する書類その他の資料名	診断書						
⑧ 年金の払渡しを受けることを希望する金融機関又は郵便局	金融機関	名称	※ 金融機関 店舗コード				本店・本所 出張所 支店・支所
	預金通帳の記号番号	普通・当座	第 123456 号				
	郵便又は貯金銀行の郵便支店局	フリガナ 名称	※ 郵便局コード				
	所在地	都道府県		市郡区			
預金通帳の記号番号	第 号						

当該傷病に関して厚生年金保険等が支給される場合にのみ記入してください。

添付する書類その他の資料名を記入してください。

上記のとおり届けます。

28年4月10日
前橋労働基準監督署長 殿

〒100-8916 電話 (00)0000-0000

届出人の住所 4代田区霞ヶ関1-2-2
氏名 労働 一郎 (男)

本件手続を裏面に記載の社会保険労務士に委託します。

個人番号 123456789012

自筆による署名の場合には、押印は必要ありません。

本件手続を社会保険労務士に委託する場合は、にレ点を記入してください。

個人番号を記入してください。