

障害補償給付支給請求書(様式第10号)記入例

様式第10号 (表面)

労働者災害補償保険

障害補償給付支給請求書

障害特別支給金支給申請書

障害特別一時金

男性は「男」女性は「女」に○をして下さい。

通勤災害の場合は様式第16号の7

不明な場合は事業場に記入を依頼して下さい。

災害が発生した場所、そのときの作業内容、状況を明確にして下さい。

同一の傷病について厚生年金保険などの年金を支給される場合にのみ記入して下さい。

① 労働保険番号 府県 所掌 管轄 基幹番号 枝番号 Workers compensation insurance Number		③ 氏名 フリガナ Name(Katakana) 氏名 Name (男・女) 生年月日 Birthday 日 (Age 歳) フリガナ Address(Katakana) 住所 Address 職 種 所属事業場 名称・所在地		④ 負傷又は発病年月日 年 月 日 date of injury or attack 午前 午後 時 分 頃	
② 年金証書の番号 管轄局 種 別 西暦年 番号		⑥ 災害の原因及び発生状況(災害発生場所、作業内容、状況等を簡明に記載すること。)		⑤ 傷病の治癒した年月日 年 月 日 date of wound recovered	
		The cause of the disaster and the outbreak situation		⑦ 平均賃金 Average wages 円 銭	
				⑧ 特別給与の総額(年額) 円	
⑨ ① 基礎年金番号 Individual pension number		⑩ 被保険者資格の取得年月日 厚生年金保険法のイ、障害年金 国民年金法のイ、障害年金 船員保険法の傷害年金		Total of special salary In one year 日	
⑫ 年金の種類 Kind of pension		障害等級 Grade of disability		級	
⑬ 当該傷病に関して支給される年金の種類等 支給される年金の額 Amount of provided pension		支給されることとなった年月日 Date to have been provided 月 日		円	
⑭ 基礎年金番号及び厚生年金等の年金証書の年金コード Perision code of annuity bond of welfare annuity		所轄年金事務所等 Jurisdiction pension office etc.			
③の者については、④、⑥から⑧まで並びに⑩⑪⑫⑬⑭を記載したとおりであることを証明します。					
事業の名称 電話番号 局番 年 月 日 事業場所在地 郵便番号 事業主の氏名 印 (法人その他の団体であるときは、その名称及び代表者の氏名) 〔注意〕⑨の①及び⑫については、③の者が厚生年金保険の被保険者である場合に限り証明すること。					
⑩ 障害の部位及び状態 (診断書のとおり。)		⑪ 既存障害がある場合にはその部位及び状態 Part and symptom of existing trouble			
⑫ 添付する書類その他の資料名 Name of appended document					
⑬ 年金の払渡しを希望する金融機関郵便局 Financial institution or post office where transfer of pension is hoped		⑭ 金融機関店舗コード ※ 金融機関 銀行・金庫 支店等(除く) Branch name 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 Sign number of bankbook 号 フリガナ Name of postal savings (katakana) 郵便局 Name of postal savings 郵便局 所在地 Address 都道府県 市郡区 預金通帳の記号番号 Sign number of bankbook 号			
障害補償給付の支給を請求します。		zip code 郵便番号		Telephone 局番 電話番号	
上記により 障害特別支給金 障害特別年金の支給を申請します。		Claimant's 請求人の住所 Address Date of application 年 月 日 申請人 氏名 Name Sign			
労働基準監督署長 殿					
振込を希望する金融機関の名称 Financial institution or post office where transfer of pension is hoped		預金の種類及び口座番号 Branch name 本店・本所 出張所 支店・支所 普通・当座 第 Account number 号 口座名義人 Nominee			

自筆による署名の場合には、押印は必要ありません。

請求人ご自身が記入する部分です。

会社が記入する部分です。

遺族補償年金支給請求書(様式第12号)記入例

様式第12号(表面) 業務災害用 労働者災害補償保険 遺族特別支給金 遺族特別年金 支給申請書

① 労働保険番号
府県 所管 管轄 基幹番号 枝番号
Workers' compensation insurance number

② 年金証書の番号
支局 種別 西暦年 番号 枝番号

③ 氏名 (男・女) Name (Katakana)
生年月日 Birthday 年 月 日 Age (歳)
職 種 Occupational category
所屬事業所名称・所在地

④ 負傷又は発病年月日
年 月 日
date of injury or attack
午前 午後 時 分 頃
⑤ 死亡年月日
年 月 日
date of wound recovered
⑦ 平均賃金
円 銭
Average wages
⑧ 特別給与の総額(年額)
円
Total of special salary in one year

⑥ 災害の原因及び発生状況
The cause of the disaster and the outbreak situation

⑨ ① 死亡労働者の基礎年金番号及び厚生年金等の年金証書の年金コード
② 死亡労働者の被保険者資格の取得年月日 年 月 日
③ 当該死亡に関して支給される年金の種類
厚生年金保険法の イ 遺族年金 ロ 遺族厚生年金 国民年金法の イ 母子年金 ロ 準母子年金 ハ 遺児年金 船員保険法の 遺族年金
支給される年金の額 円 年 月 日 基礎年金番号及び厚生年金等の年金証書の年金コード 所轄社会保険事務所等

事業主証明欄
事業主の氏名 (法人その他の団体であるときはその名称及び代表者の氏名)
事業主の住所 電話番号 郵便番号

⑩ 請求人の氏名、生年月日、住所、被災者との関係、障害の有無を記載して下さい。
氏 Name 生年月日 Birthday 住 Address 所 Relation to worker Presence of handicap
請求人(申請人)と生計を同じくしているか
障害がある場合は「ある」に、無い場合は「ない」に○をして下さい。

⑪ 請求人以外で遺族補償年金を受けることができる遺族の氏名、生年月日、住所、被災者との関係、障害の有無を記載して下さい。
氏 Name 生年月日 Birthday 住 Address 所 Relation to worker Presence of handicap
請求人(申請人)と生計を同じくしているか
同一の場合は「いる」に、異なる場合は「いない」に○をして下さい。

⑫ 添付書類
金融機関 名称 金融機関店舗コード 名称 of financial institution 支店番号 支店番号
郵便局 名称 郵便局コード 名称 of postal savings 支店番号 支店番号
Financial institution or post office where transfer of pension is hoped

⑬ 遺族補償年金の支給を請求します。
遺族特別支給金 遺族特別年金
Date of application 年 月 日 請求人 住所 Address
労働基準監督署長 殿 (代表者) 氏名 Name Sign

⑭ 預金の種類及び口座番号
Name 銀行・金庫 支店 普通・当座 第 Account number
農協・漁協・信組 Branch name 支所 名義人 Nominee

(物品番号 6312)

請求人ご自身が記入する部分です。

会社が記入する部分です。

自筆による署名の場合には、押印は必要ありません。

遺族補償一時金支給請求書(様式第15号)記入例

様式第15号 (表面)

通勤災害の場合は様式第16号の9

労働者災害補償保険 遺族補償一時金支給請求書 遺族特別支給金支給申請書 遺族特別一時金支給申請書

男性は「男」女性は「女」に○をして下さい。

〔注意〕

③の死亡
一括適用の

不明な場合は事業場に記入を依頼して下さい。

事業場名称
支店、工

災害が発生した場所、そのときの作業内容、状況を明確にして下さい。

現場等の場合に記入して下さい。

請求人の氏名、生年月日、住所、被災者との関係、障害の有無を記載して下さい。

① 労働保険番号 管轄 所掌 管轄 基幹番号 枝番号 Workers' compensation insurance number		③ フリガナ 氏名 死亡 生年月日 労働者の 所属事業場 所在地	Name(Katakana) Name (男・女) Birthday 月 日 (Age 歳) Occupational category	④ 負傷又は発病年月日 年 月 日 date of injury or attack 午前 午後 時 分 頃
② 年金証書の番号 管轄局 種別 西暦年 番号 枝番号		⑤ 死亡年月日 年 月 日 date of wound recovered		⑦ 平均賃金 Average wages 円 銭
⑥ 災害の原因及び発生状況 The cause of the disaster and the outbreak situation			⑧ 特別給与の総額(年額) Total of special salary in one year 円	
③の者については、④及び⑥から⑧までに記載したとおりであることを証明します。				
事業主証明欄 事業の名称 年 月 郵便番号 事業場の所在地 事業主の氏名 (法人その他の団体であるときはその名称及び代表者の氏名)				
⑨ 請求人 請求人	氏名 Name	生年月日 Birthday 年 月 日	住所 Address	死亡労働者との関係 to worker
		年 月 日		
		年 月 日		
		年 月 日		
		年 月 日		
		年 月 日		
⑩ 添付する書類その他の資料名 Name of appended document				

遺族補償一時金の支給を請求します。
上記により遺族特別支給金の支給を申請します。
遺族特別一時金

Date of application 年 月 日	Claimant's 請求人 申請人の (代表者)	A zip code 郵便番号	Telephone 電話番号	局番
労働基準監督署長 殿		住所 Address	氏名 Name	
振込を希望する銀行等の名称 (郵便貯金銀行の支店等を除く) Financial institution or post office where transfer of pension is hoped		預金の種類及び口座番号 Account number		
Name 銀行・金庫 農協・漁協・信組	Branch name 本店 支店 支所	普通・当座 名義人 Nominee		

(物品番号 62110) 19.

請求人ご自身が記入する部分です。

会社が記入する部分です。

自筆による署名の場合には、押印は必要ありません。

葬祭料請求書(様式第16号)記入例

様式第16号(表面)

業務災害用

通勤災害の場合は様式第16号の10

労働者災害補償保険

葬 祭 料 請 求 書

男性は「男」女性は「女」に○をして下さい。

① 労働保険番号 府県 所管 管轄 基幹番号 校番号 Workers' compensation insurance number		③ フリガナ 氏 名 Name(katakana)	
② 年金証書の番号 管轄局 種別 西暦年 番号		住所 Address	
フリガナ ④ 氏 名 Name(Katakana) (男・女)		死 亡 年 月 日 date of death 年 月 日	
死 亡 生 年 月 日 Birthday 年 月 日 (Age 歳)		⑤ 負傷又は発病年月日 date of injury or attack 年 月 日 午前 午後 時 分頃	
職 種 Occupational category		⑦ 死 亡 年 月 日	
の 所 属 事 業 場 名称・所在地 Address		⑧ 平 均 賃 金 Average wages 円 銭	
⑥ 災害の原因及び発生状況 The cause of the disaster and the outbreak situation			
④の者については、⑤、⑥及び⑧に記載したとおりであることを証明します。			
<div style="text-align: center;"> 事業主証明欄 事業の名称 電話番号 局番 年 月 郵便番号 事業場の所在地 事業主の氏名 印 (法人その他の団体であるときはその名称及び代表者の氏名) </div>			
⑨ 添付する書類その他の資料名		Name of appended document	
上記により葬祭料の支給を請求します。			
Date of application 年 月 日		郵便番号 A zip code 電話番号 Telephone 局番	
請求人の住所 Address		Sign 印	
労働基準監督署長 殿		氏 名 Name	
Financial institution where transfer is hoped 振込を希望する銀行等の名称(郵便貯金銀行の支店等を除く)		預金の種類及び口座番号 普通・当座 第 Account number	
Name 銀行・金庫 農協・漁協・信組		Branch name 本店 支店 支所	
		名義人 Nominee	

(物品番号 62111)

請求人ご自身が記入する部分です。

会社が記入する部分です。

自筆による署名の場合には、押印は必要ありません。

各給付の請求様式の種類及び提出先

給付の種類	業務災害 通勤災害 の別	請求書の名称	様式番号	提出先
療養（補償）給付	業務災害	療養補償給付たる療養の給付請求書	5号	病院や薬局等を経て 所轄労働基準監督署長
	通勤災害	療養給付たる療養の給付請求書	16号の3	
	業務災害	療養補償給付たる療養の費用請求書	7号	所轄労働基準監督署
	通勤災害	療養給付たる療養の費用請求書	16号の5	
休業（補償）給付	業務災害	休業補償給付支給請求書	8号	
	通勤災害	休業給付支給請求書	16号の6	
障害（補償）給付	業務災害	障害補償給付支給請求書	10号	
	通勤災害	障害給付支給請求書	16号の7	
遺族（補償）給付	業務災害	遺族補償年金支給請求書	12号	
	通勤災害	遺族年金支給請求書	16号の8	
	業務災害	遺族補償一時金支給請求書	15号	
	通勤災害	遺族一時金支給請求書	16号の9	
葬祭料（葬祭給付）	業務災害	葬祭料請求書	16号	
	通勤災害	葬祭給付請求書	16号の10	
介護（補償）給付		介護補償給付・介護給付支給請求書	16号の2の2	