

労働者災害補償保険

障害補償年金  
障害年金 前払一時金請求書

年金証書の番号	管轄局	種別	西暦年	番号
請求人 (被災労働者)	氏名	生年月日		年 月 日
	住所			
請求する給付日数(チェックを入れる)	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
	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) 請求する給付日数欄の( )には、加重障害の給付日数を記入すること。

上記のとおり 障害補償年金 前払一時金を請求します。  
障害年金

年 月 日

郵便番号 — 電話番号 —

請求人の 住所  
(代表者) 氏名

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 農協 漁協 信組	普通 当座 第 号 本店 支店 支所 名義人