

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

(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。

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			明大昭平令 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	()	労災年金受給の有無 受けている 受けていない
	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	()					

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 _____

住 所 _____

請求人の
(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	本店 支店 支所	普通 当座 第 _____ 号	名義人 _____