

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	()	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	()	

(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 _____

住所 _____

請求人の 氏名 _____
(代表者)

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 _____