

労働者災害補償保険

障害補償年金  
 複数事業労働者障害年金  
 障害年金

前払一時金請求書

(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 複数事業労働者障害年金 前払一時金を請求します。  
 障害年金

年 月 日

郵便番号 ー 電話番号 ー ー

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	本店	普通 当座 第	号
農協 漁協 信組	支店 支所	名義人 _____	