

障害(補償)年金前払一時金

障害(補償)年金を受給することとなった方は、1回に限り、年金の前払いを受けることができます。

給付の内容

前払一時金の額は、障害等級に応じて定められている一定額（次の表を参照）の中から、希望するものを選択できます。

なお、前払一時金が支給されると、障害(補償)年金は、各月分（1年を経過した以降の分は年5%の単利で割り引いた額）の合計額が、前払一時金の額に達するまでの間支給停止されます。

障害等級	前 払 一 時 金 の 額
第 1 級	給付基礎日額の 200日分、400日分、600日分、800日分、1,000日分、1,200日分 または1,340日分
第 2 級	” 200日分、400日分、600日分、800日分、1,000日分または1,190日分
第 3 級	” 200日分、400日分、600日分、800日分、1,000日分または1,050日分
第 4 級	” 200日分、400日分、600日分、800日分または920日分
第 5 級	” 200日分、400日分、600日分または790日分
第 6 級	” 200日分、400日分、600日分または670日分
第 7 級	” 200日分、400日分または560日分

請求の手続き

障害(補償)年金前払一時金の時効は、当該傷病の治った日の翌日から2年です。

障害(補償)年金前払一時金を請求するときは、原則として、障害(補償)給付の請求と同時に、「障害補償年金・障害年金前払一時金請求書」(年金申請様式第10号)を、所轄の労働基準監督署長に提出してください。

ただし、当該傷病の治った日の翌日から2年以内で、かつ年金の支給決定の通知のあった日の翌日から1年以内であれば、障害(補償)年金を受けた後でも前払一時金を請求できます。この場合は、それぞれの障害等級に対応する最高限度額から、既に支給された年金の額を減じた額の範囲内で請求していただくことになります。

請求書記入例

年金申請様式第10号

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) 1 請求する給付日数の欄の()には、加重障害の給付日数を記入すること。
2 「請求人の氏名」の欄は、記名押印すること代えて、自筆による署名をすることが出来る。

年金証書の番号		管轄局	種別	西暦年	番号		
1 3		3	1 3	9 8	7 6		
請求人 (被災労働者)	氏名	労働 一郎		生年月日	明大 〇〇年 〇月 〇日		
	住所	千代田区霞ヶ関 1-2-2					
請求する給付日数(○でかこむ)	第一級	200・400・600・800・1000・1200・1340日分 ()			労働年金受給の有無(○でかこむ)	受けている	
	第二級	200・400・600・800・1000・1190日分 ()				受けていない	
	第三級	200・400・600・800・1000・1050日分 ()				受けていない	
	第四級	200・400・600・800・920日分 ()				受けていない	
	第五級	200・400・600・790日分 ()				受けていない	
	第六級	200・400・600・670日分 ()				受けていない	
	第七級	200・400・560日分 ()				受けていない	

年金証書の番号を記入してください。

該当する障害等級の中で請求する給付日数を○で囲んでください。

上記のとおり 障害補償年金 前払一時金を請求します。

平成 29 年 5 月 9 日

郵便番号 100 - 8916 電話番号 (000) 0000

住所 千代田区霞ヶ関 1-2-2

請求人の (代表者) 氏名 労働 一郎

自筆による署名の場合には、押印は必要ありません。

労働基準監督署長 殿

銀行等に振込を希望する場合は、請求人本人の口座番号を記入してください。

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
<input type="radio"/> <input type="radio"/> 銀行・金庫 <input type="radio"/> 農協・漁協・信組	本店 普通・当座 第123456号 支店 支所 名義人 労働 一郎