

様式第10号 (表面)

労働者災害補償保険

業務災害用

障害補償給付支給請求書
障害特別支給金支給申請書
障害特別一時金

① 労働保険番号					③ 氏名 (男・女)					④ 負傷又は発病年月日					
府県	所管	管轄	基幹番号	枝番号	分	生	年	月	日	年	月	日	年	月	日
					分								午	時	分
② 年金証書の番号					⑤ 傷病の治癒した年月日					⑦ 平均賃金					
管轄局	種別	西暦年	番号		者	職	種			年	月	日	円		
					の	所	属			⑧ 特別給与の総額(年額)			円		
⑥ 災害の原因及び発生状況					⑨ 被保険者資格の取得年月日					⑩ 厚生年金保険等の受給関係					
(あ)どのような場所(で)い)どのような作業をしてい)とに(う)どのような物又は講究に(え)どのような不安全な又は有害な状態が(わ)どのような災害が発生したかを前記に記載すること					年					年					
					年					年					
					年					年					

⑩ 厚生年金保険等の受給関係	⑪ 厚生年金証書の基礎年金番号・年金コード	⑫ 年金の種類	⑬ 被保険者資格の取得年月日
	⑭ 当該傷病に関して支給される年金の種類等	障害等級	厚生年金保険法のイ、障害年金 国民年金法のイ、障害年金 給付保険法の障害年金
		支給される年金の額	円
	支給されることとなった年月日	年	月
	厚生年金証書の基礎年金番号・年金コード		
	所轄年金事務所等		

⑬の者については、④、⑥から⑩まで並びに⑨の⑪及び⑫に記載したとおりであることを証明します。

事業の名称 _____ 電話 () - _____

年 月 日 事業場の所在地 _____ 〒 - _____

事業主の氏名 _____ ⑬

(法人その他の団体であるときは、その名称及び代表者の氏名)

[注意] ⑨の⑪及び⑫については、⑬の者が厚生年金保険の被保険者である場合に限り証明すること。

⑭ 障害の部位及び状態 (診断書のとおり) ⑮ 既存障害がある場合にはその部位及び状態

⑯ 添付する書類その他の資料名

⑰ 年金の払戻しを希望する金融機関又は郵便局	名称	※金融機関店舗コード
	預金通帳の記号番号	銀行・金庫 本店・本所 出所 農協・漁協・信組 支店・支所
	フリガナ	※郵便局コード
	所在地	都道府県 市郡区
	預金通帳の記号番号	第 号

上記より 障害補償給付の支給を請求します。
障害特別支給金 _____ 千 - _____
障害特別年金の支給を申請します。
障害特別一時金 _____

電話 () - _____

年 月 日 労働基準監督署長 殿 請求人の住所 _____ 氏名 _____ ⑰

本件手続を裏面に記載の社会保険労務士に委託します。

個人番号 _____

振込を希望する金融機関の名称	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 口座名義人 _____