

労働者災害補償保険
傷病の状態等に関する届

労働保険番号		府県	所掌	管轄	基幹番号	枝番号	負傷又は 発病 年月日	年 月 日	
フリガナ 氏名									
生年月日	年 月 日						療養開始 年月日	年 月 日	
フリガナ 住所									
傷病の名称、部位及び状態									
厚生年金 保険等 の受給 関係	基礎年金番号					被保険者資格の取得年月日	年 月 日		
	当該傷病に関し て支給される 年金の種類等	年金の種類	厚生年金保険法の 国民年金法の 船員保険法の障害年金				イ、障害年金 イ、障害年金	ロ、障害厚生年金 ロ、障害基礎年金	
		障害等級					級		
		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 日		
		年金証書の年金コード							
		所轄社会保険事務所等							
添付する書類その他の資料名									
年金の払渡し を受けること を希望する 金融機関 又は郵便局	金融機関	名称	金融機関店舗コード						
		預金通帳 の記号番号	普通 当座	第	号				
	郵便局	郵便局 コード							
		フリガナ 名称					郵便局		
		所在地	都 道 府 県	市 郡 区					
郵便貯金通帳 の記号番号	第				号				

上記のとおり届けます。

_____年 月 日 (郵便番号 _____)

届出人の 住所 _____
氏名 _____ 印

労働基準監督署長 殿

様式第16号の2

〔注意〕

- 1 印欄には入力しないこと。
- 2 については、傷病補償年金又は傷病年金の支給を受けることとなる場合において、傷病補償年金又は傷病年金の払渡しを金融機関から受けることを希望する者にあつては「金融機関」欄に、傷病補償年金又は傷病年金の払渡しを郵便局から受けることを希望する者にあつては「郵便局」欄に、それぞれ入力すること。
なお、郵便局から払渡しを受けることを希望する場合であつて振替預入によらないときは、「郵便貯金通帳の記号番号」の欄は入力する必要はないこと。

社会保険 労務士 記載欄	作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示	氏 名	電話番号
		印	() -