

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

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	⑩		生年月日	明大	年月日
	住所					
請求する給付日数 (○でかこむ)	第一級	200・400・600・800・1000・1200・1340日分 ( )				受けている・受けていない 労災年金受給の有無(○でかこむ)
	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 前払一時金を請求します。  
障害年金

平成 年 月 日

郵便番号 ( ) 電話番号 ( )  
住所

請求人の  
(代表者) 氏名 ⑩

労働基準監督署長 殿

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	
銀行・金庫	本店	普通・当座 第	号
農協・漁協・信組	支店	名義人	
	支所		

(注意)  
2 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。  
「請求人の氏名」の欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができない。