

障害補償給付支給請求書

障害特別支給年金支給申請書

(注 意)

一、事項を選択する場合には、該当する事項を丸で囲むこと。
二、請求人(申請人)が傷病補償年金を受けていた者であるときは、⑦には、その者の給付基礎日額を記載すること。④及び⑥の事項を証明することができる書類その他の資料を添えること。
三、請求人(申請人)が特別加入者であるときは、⑦には、その者の給付基礎日額を記載すること。④及び⑥の事項を証明することができる書類その他の資料を添えること。
四、⑨については、障害補償年金又は障害特別年金を受けることとなる場合において、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、郵便局から受けることを希望する者にあつては「郵便局」欄にそれぞれ記載すること。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」の欄は記載する必要はないこと。 ※欄には記載しないこと。
五、⑦については、平均賃金の算定基礎期間中に業務外の傷病の療養のため休業した期間が含まれている場合に当該平均賃金に相当する額がその期間の日数及びその期間中の賃金を業務上の傷病の療養のため休業した期間の日数及びその期間中の賃金とみなして算定した平均賃金に相当する額に満たないときは、当該みなして算定した平均賃金に相当する額を記載すること。様式第8号の別紙に内訳を記載し添付すること。ただし、提出されている場合を除く。
六、⑧については、負傷又は発病の日以前一年間(雇入後一年に満たない者については、雇入後の期間)に支払われた労働基準法第十二条第四項の三箇月を超える期間ごとに支払われる賃金の総額を記載すること。(五の括弧内と同じ)。
七、③の労働者の所属事業場名称・所在地欄には、労働者の直接所属する事業場が一括適用の取扱いをしていない支店、工場、工事現場等の場合に記入して下さい。

Form with multiple sections: ① 労働保険番号, ② 年金証書の番号, ③ 氏名, ④ 負傷又は発病年月日, ⑤ 傷病の治ゆした年月日, ⑥ 災害の原因及び発生状況, ⑦ 平均賃金, ⑧ 特別給与の総額, ⑨ 厚生年金保険等の受給関係, ⑩ 障害の部位及び状態, ⑪ 既存障害がある場合にはその部位及び状態, ⑫ 添付する書類その他の資料.

障害補償給付の支給を請求します。
上記により 障害特別支給年金の支給を申請します。
障害特別一時金の支給を申請します。
郵便番号 電話番号 局番

年 月 日 請求人の住所 申請人 労働基準監督署長 殿 氏名

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

診 断 書

氏 名		生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日	性別	男・女
傷 病 名			負傷発病年月	年	月	日		
障害の部位			初診年月日	年	月	日		
既 往 症		既存障害	治ゆ年月日	年	月	日		
療養の内容及び経過								
障害の状態の詳細	(図で示すことができるものは図解すること。) <div style="height: 150px;"></div>							
関節運動範囲	部 位	種類範囲						
		右						
		左						
		右						
		左						
		右						
		左						
上記のとおり診断します。			郵便番号	電話番号		局番		
年 月 日		病院又は 診療所の	所 在 地					
			名 称					
			診療担当者					
			氏 名					

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
		Ⓜ	