

労働者災害補償保険 障害補償給付支給請求書 障害特別支給金 障害特別年金支給申請書 障害特別一時金

[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、①、④及び⑥には記載する必要がないこと。
三、請求人(申請人)が特別加入者であるときは、⑦には、その者の給与基礎額を記載すること。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、③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、金融機関(郵便貯金銀行の支店等を除く。)から受けることを希望する者にあつては「郵便貯金銀行の支店等又は郵便局」の欄に記載すること。なお、郵便貯金銀行の支店等又は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込によらないときは、「預金通帳の記号番号」の欄には記載する必要はないこと。
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ないときは、当該平均賃金に相当する額を記載すること。
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、⑨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受けている場合に、労働者が直接所属する支店、工事現場等を記載すること。
八、「事業主の氏名」の欄、「請求人(申請人)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ます。

Form with sections 1-13. Section 1: Labor Insurance No. (府県, 所管, 管轄, 基幹番号, 枝番号). Section 2: Pension Certificate No. (管轄局, 種別, 西暦年, 番号). Section 3: Personal Info (フリガナ, 氏名, 生年月日, 住所, 職種, 所属事業場). Section 4: Injury/Onset Date (年月日, 午前/午後, 時, 分). Section 5: Recovery Date (年月日). Section 6: Disaster Cause (災害の原因及び発生状況). Section 7: Average Wage (円, 銭). Section 8: Total Special Allowance (円). Section 9: Pension Details (基礎年金番号, 厚生年金保険等の受給関係, 被保険者資格取得年月日, 年金の種類, 障害等級, 支給される年金の額, 支給されることとなった年月日, 基礎年金番号及び厚生年金等の年金証書の年金コード, 所轄年金事務所等). Section 10: Business Info (事業名称, 電話番号, 所在地, 郵便番号, 事業主の氏名). Section 11: Injury Status (障害の部位及び状態, 既存障害がある場合). Section 12: Attached Documents. Section 13: Pension Withdrawal (金融機関, 郵便局, 名称, 所在地, 記号番号).

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

年 月 日
請求人の住所
労働基準監督署長 殿
申請人の氏名

Table with 2 columns: 振込を希望する金融機関の名称 (銀行・金庫, 農協・漁協・信組) and 預金の種類及び口座番号 (普通・当座 第 号, 口座名義人).

診 断 書

| | | | | | | |
|-------|--|------|----------------------|-------|----|-----|
| 氏 名 | | 生年月日 | 明治 大正 昭和 平成 | 年 月 日 | 性別 | 男・女 |
| 傷 病 名 | | | 負傷発病年月日 | 年 月 日 | | |
| 障害の部位 | | | 初診年月日 | 年 月 日 | | |
| 既往歴 | | 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。) |
|----------|--|

| | | | | | | | | | |
|--------|----|----|-------|--|--|--|--|--|--|
| 関節運動範囲 | 部位 | 種類 | 範囲 | | | | | | |
| | | 右 | ----- | | | | | | |
| | | 左 | ----- | | | | | | |
| | | 右 | ----- | | | | | | |
| | | 左 | ----- | | | | | | |
| | | 右 | ----- | | | | | | |

| | | | |
|---------------------------|------------------------------------|------------------|------------|
| 上記のとおり診断します。 年 月 日 | 所在地 名 称 診断担当者 氏 名 | 郵便番号 電話番号 | 局番 |
| | | | (記名押印又は署名) |

| | | | |
|--------------------|----------------------|-----|---------|
| 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 |
| | | (印) | |