

業務災害用
複数業務要因災害用

労働者災害補償保険

障害補償給付支給請求書
労働者災害特別年金給付支給申請書

① 労働保険番号										フリガナ												④ 負傷又は発病年月日			
府 県	所 掌	管 轄	基 幹 番 号				枝 番 号		③ 労働者の	氏 名		(男・女)										年 月 日			
								生 年 月 日		年 月 日 (歳)										午 前後 時 分頃					
								フリガナ																	
② 年金証書の番号										住 所												⑤ 傷病の治癒した年月日			
管 轄 局		種 別		西 暦 年		番 号				職 種												年 月 日			
										所 属 事 業 場 名 称 ・ 所 在 地												⑦ 平 均 賃 金			
⑥ 災害の原因及び発生状況										(あ)どのような場所で(い)どのような作業をしているときに(う)どのような物又は環境に(え)どのような不安全な又は有害な状態があつて(お)どのような災害が発生したかを簡明に記載すること														円 銭	
																								⑧ 特別給与の総額(年額)	
																								円	

⑨ 厚生年金保険等の受給関係	① 厚年等の年金証書の基礎年金番号・年金コード												⑩ 被保険者資格の取得年月日		年 月 日									
	Ⓐ 当該傷病に関するして支給される年金の種類等		年 金 の 種 類										厚生年金保険法のイ、障害年金ロ、障害厚生年金 国民年金法のイ、障害年金ロ、障害基礎年金 船員保険法の障害年金											
			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											
			厚年等の年金証書の基礎年金番号・年金コード																					
			所 轄 年 金 事 務 所 等																					

③の者については、④、⑥から⑧まで並びに⑨の①及び⑩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										(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①及び⑩については、③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。

⑩ 障害の部位及び状態		(診断書のとおり)		⑪ 既存障害がある場合にはその部位及び状態															
⑫ 添付する書類名																			
⑬ 年金の払渡しと受けるこす希望は郵便又は郵便局ををる関局		金融機関 (郵便貯金銀行の支店等を除く。)	名 称		※ 金融機関店舗コード														
					銀行・金庫 本店・本所 農協・漁協・信組 出張所 支店・支所														
			預金通帳の記号番号		普通・当座 第 号														
			フリガナ		※ 郵便局コード														
			名 称																
所 在 地		都道府県 市郡区																	
預金通帳の記号番号		第 号																	

上記により ⑬ 年金の払渡しと受けるこす希望は郵便又は郵便局ををる関局の支給を請求します。

⑬ 年金の払渡しと受けるこす希望は郵便又は郵便局ををる関局の支給を申請します。

年 月 日

電話() —

請求人 の 住所									
申請人 氏名									
□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										本店・本所 出張所 支店・支所									
										普通・当座 第 号 口座名義人									

様式第10号(裏面)

⑭その他就業先の有無		
有 無	有の場合のその数 (ただし表面の事業場を含まない) 社	有の場合でいずれかの事業で特別加入している場合の特別加入状況 (ただし表面の事業を含まない)
		労働保険事務組合又は特別加入団体の名称
労働保険番号(特別加入)		加入年月日
		年 月 日
		給付基礎日額
		円

〔注意〕

- 1 ※印欄には記載しないこと。
- 2 事項を選択する場合には該当する事項を○で囲むこと。
- 3 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。
- 4 ⑦には、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1に内訳を記載し添付すること。ただし、既に提出されている場合を除く。)。
- 5 ⑧には、負傷又は発病の日以前1年間(雇入後1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12条第4項の3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(様式第8号の別紙1に内訳を記載し添付すること。ただし、既に提出されている場合を除く。)。
- 6 請求人(申請人)が傷病補償年金又は複数事業労働者傷病年金を受けていた者であるときは、
 - (1) ①、④及び⑥には記載する必要がないこと。
 - (2) ②には、傷病補償年金又は複数事業労働者傷病年金に係る年金証書の番号を記載すること。
 - (3) 事業主の証明を受ける必要がないこと。
- 7 請求人(申請人)が特別加入者であるときは、
 - (1) ⑦には、その者の給付基礎日額を記載すること。
 - (2) ⑧は記載する必要がないこと。
 - (3) 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。
 - (4) 事業主の証明を受ける必要がないこと。
- 8 ⑬については、障害補償年金、複数事業労働者障害年金又は障害特別年金の支給を受けることとなる場合において、障害補償年金、複数事業労働者障害年金又は障害特別年金の払渡しを金融機関(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「金融機関(郵便貯金銀行の支店等を除く。)」欄に、障害補償年金、複数事業労働者障害年金又は障害特別年金の払渡しを郵便貯金銀行の支店等又は郵便局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」欄に、それぞれ記載すること。
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」の欄は記載する必要はないこと。
- 9 「個人番号」の欄については、請求人(申請人)の個人番号を記載すること。
- 10 本件手続を社会保険労務士に委託する場合は、「請求人(申請人)の氏名」欄の下の□にレ点を記入すること。
- 11 ⑭「その他就業先の有無」で「有」に○を付けた場合は、様式第8号の別紙3をその他就業先ごとに記載すること。その際、その他就業先ごとに様式第8号の別紙1を記載し添付すること。なお、既に他の保険給付の請求において記載している場合は、記載の必要がないこと。
- 12 複数事業労働者障害年金の請求は、障害補償年金の支給決定がなされた場合、遡って請求されなかったものとみなされること。
- 13 ⑭「その他就業先の有無」欄の記載がない場合又は複数就業していない場合は、複数事業労働者障害年金の請求はないものとして取り扱うこと。
- 14 疾病に係る請求の場合、脳・心臓疾患、精神障害及びその他二以上の事業の業務を要因とすることが明らかな疾病以外は、障害補償年金のみで請求されることとなること。

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
			() —