

障害給付支給請求書

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○で囲むこと。
二、請求人（申請人）が傷病年金を受けていたときは、⑥には、その者の給付基礎日額を記載すること。④及び⑤の別紙には記載する必要はないこと。
三、請求人（申請人）が特別加入者であるときは、⑥には、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、④及び⑤の別紙の⑧まで、⑦及び⑧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、請求人（申請人）が特別加入者であるときは、⑥には、その者の給付基礎日額を記載すること。④及び⑤の別紙には記載する必要はないこと。
五、請求人（申請人）が特別加入者であるときは、⑥には、その者の給付基礎日額を記載すること。④及び⑤の別紙には記載する必要はないこと。
六、請求人（申請人）が特別加入者であるときは、⑥には、その者の給付基礎日額を記載すること。④及び⑤の別紙には記載する必要はないこと。
七、請求人（申請人）が特別加入者であるときは、⑥には、その者の給付基礎日額を記載すること。④及び⑤の別紙には記載する必要はないこと。
八、請求人（申請人）が特別加入者であるときは、⑥には、その者の給付基礎日額を記載すること。④及び⑤の別紙には記載する必要はないこと。

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 傷病の治癒した年月日, ⑥ 平均賃金, ⑦ 特別給与の総額(年額), ⑧ 通勤災害に関する事項, ⑨ 厚生年金保険等の受給関係, ⑩ 障害部位及び状態, ⑪ 既存障害がある場合, ⑫ 添付する書類, ⑬ 年金の払渡しを受ける希望する金融機関又は郵便局.

障害給付の支給を請求します。
上記により障害特別支給金
障害特別年金の支給を申請します。
障害特別一時金
請求人の住所
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

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 症		既存障害	治 癒 年 月 日	年 月 日		
療養の内容及び経過						
障害の状態の詳細						
関節運動範囲	種類範囲					
	部位					
		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	
		病院又は	所在地			
年 月 日	診療所の	名称				
	診療担当者	氏 名				
		(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
		Ⓜ	