

労働者災害補償保険

障害補償年金
複数事業労働者障害年金
障害年金

前払一時金請求書

(注意) 請求する給付日数欄の()には、加重障害の給付日数を記入すること。

年金証書の番号		管轄局	種別	西暦年	番号	
		13	3	26	001234	
請求人 (被災労働者)	氏名	佐野 亮介			生年月日	昭和59年 6月 18日
	住所	東京都大田区東糀谷三丁目1234				
請求する給付日数 (チェックを入れる)	第一級	200 400 600 800 1000 1200 1340 日分 ()				労災年金受給の有無 受けている 受けていない
	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
複数事業労働者障害年金
障害年金
前払一時金を請求します。

令和 8年 9 月 5 日

郵便番号 144 - 0033

電話番号 03 - 6543 - 1234

請求人の住所 東京都大田区東糀谷三丁目1234
(代表者)

氏名 佐野 亮介

大田 労働基準監督署長 殿

振込を希望する銀行等の名称		預金の種類及び口座番号	
みどり中央 銀行 金庫 農協 漁協 信組	蒲田 本店 支店 支所	普通 当座 第 1234567 号 名義人 サノ リョウスケ	