

労働者災害補償保険
傷病の状態等に関する届

① 労働保険番号	府県	所掌	管轄	基幹番号	枝番号	③ 負傷又は病 年 月 日	年 月 日	
② フリガナ 氏名	(男・女)					④ 療養開始 年 月 日	年 月 日	
働者 の住所	生年月日 年 月 日(歳)							
⑤ 傷病の名称、 部位及び状態	(診断書のとおり。)							
⑥ 厚生年金 保険等の 受給関係	厚生等の年金 証書の基礎年金 番号・年金コード				被保険者資格 の取得年月日	年 月 日		
	当該傷病に関 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	
		厚生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								
⑦ 添付する書類 その他の資料名								
⑧ 年金の払い渡しを 受けることを 希望する金融機関 又は郵便局 (登録している 公金受取口座を 利用します:□)	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 農協・漁協・信組		本店・本所 出張所 支店・支所	
		預金通帳の 記号番号	普通・当座		第 号			
	郵便貯金銀行 の郵便 支店局	フリガナ 名称	※ 郵便局コード					
		所在地	都道府県		市郡 区			
		預金通帳の 記号番号	第		号			

上記のとおり届けます。

〒 _____ 電話() _____

_____ 年 _____ 月 _____ 日

届出人の 住 所 _____

_____ 労働基準監督署長 殿

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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

⑨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〕

- ※印欄には記載しないこと。
- 事項を選択する場合には該当する事項を○で囲むこと。
- ⑧については、傷病補償年金、複数事業労働者傷病年金又は傷病年金の支給を受けることとなる場合において、傷病補償年金、複数事業労働者傷病年金又は傷病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は「金融機関(郵便貯金銀行の支店等を除く。)」欄に、傷病補償年金、複数事業労働者傷病年金又は傷病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っ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。
また、年金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「登録している公金受取口座を利用します:□」の□にレ点を記入すること。その際、口座情報の記載や通帳の写しの添付等は必要がないこと。
- 「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。
- 本件手続を社会保険労務士に委託する場合は、「届出人の氏名」欄の下の□にレ点を記入すること。
- ⑨の「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。

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
			() —