

基発1225第11号
平成27年12月25日

都道府県労働局長 殿

厚生労働省労働基準局長
(公 印 省 略)

労働者災害補償保険法の施行に関する事務に使用する文書の様式を定める件の一部を改正する件について

行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律の施行に伴う関係法律の整備等に関する法律（平成25年法律第28号）の施行に伴い、昭和35年労働省告示第10号（労働者災害補償保険法の施行に関する事務に使用する文書の様式を定める件。以下「告示」という。）について、今般下記のとおり見直しを行ったので、事務処理に遺漏なきを期されたい。

記

1 改正の趣旨

行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律及び行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律の施行に伴う関係法律の整備等に関する法律の施行に伴う厚生労働省関係省令の整備に関する省令（平成27年厚生労働省令第150号）における労働者災害補償保険法施行規則（昭和30年労働省令第22号）等の改正の内容について、平成27年9月29日付け基発0929第9号により通知したとおり、個人番号を利用する事務について、個人番号を取得するために、請求様式に個人番号記載欄を追加することとした。

2 改正の内容

告示様式第10号、第12号、第13号、第16号の2、第16号の7、第16号の8及び第19号について、個人番号記載欄の追加を行うとともに、請求人が社会保険労務士に手続を委託した場合に、そのことを確認するチェックボックスを追加する等所要の措置を講じた。

また、告示様式第4号、第6号、第16号の2の2、第16号の4、第18号（1）、

第18号（2）及び第18号（3）について、社会保険労務士の氏名等の記入欄を追加する等所要の措置を講じた。

3 事務取扱い上の注意

この告示の適用の際、現に存するこの告示による改正前の様式による用紙は、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

また、具体的な取扱いについては、平成27年12月24日に発出した「労災保険給付個人番号利用事務処理手引」を参照されたい。

4 施行年月日

平成28年1月1日

労働者災害補償保険
未支給の保険給付支給請求書
未支給の特別支給金支給申請書

① 労働保険番号	府 県	所 掌	管 轄	基 幹 番 号	枝 番 号
② 年金証書の番号	管轄局	種 別		西暦年	番 号
③ 死亡した受給権者又は特別支給金受給資格者のフリガナ氏名					
	(男・女) ↓				
③ 死亡した受給権者又は特別支給金受給資格者の死亡年月日	年 月 日				
	フリガナ氏名				
④ 請求人の申請人住所					
	死亡した受給権者(労働者)又は特別支給金受給資格者(労働者)との関係				
⑤ 未支給の保険給付又は特別支給金の種類	療養(補償)給付		休業(補償)給付		障害(補償)給付
	遺族(補償)給付		傷病(補償)年金		介護(補償)給付
		葬祭料(葬祭給付)		一時金	
		特別支給金		特別 年金	
⑥ 添付する書類その他の資料名					

上記により 未支給の保険給付の支給を請求
未支給の特別支給金の支給を申請 します。

年 月 日

〒 _____ 電話 (_____) _____

請求人の住所 _____
申請人 氏名 _____ ㊟

労働基準監督署長 殿

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	本店・本所 出張所	普通・当座	第 _____ 号
農協・漁協・信組	支店・支所	口座名義人 _____	

様式第4号 (裏面)

〔注意〕

- 1 事項を選択する場合には該当する事項を○で囲むこと。
- 2 死亡した受給権者又は特別支給金受給資格者（以下「受給資格者」という。）が傷病補償年金又は傷病年金を受けていた場合には、①は記載する必要がないこと。
- 3 この請求書（申請書）には、次の書類その他の資料を添えること。
 - (1) 受給権者又は受給資格者の死亡に関して市町村長に提出した死亡診断書、死体検案書若しくは検視調書に記載してある事項についての市町村長の証明書又はこれに代わるべき書類
 - (2) 遺族補償年金及び遺族年金以外の未支給の保険給付の支給を請求し、又は遺族補償年金若しくは遺族年金を受ける権利を有する者に対して支給する遺族特別支給金及び遺族特別年金以外の未支給の特別支給金の支給を申請する場合には、次の書類
 - イ 請求人（申請人）と死亡した受給権者又は受給資格者との身分関係を証明することができる戸籍の謄本又は抄本（請求人（申請人）が死亡した受給権者又は受給資格者と事実上婚姻関係と同様の事情にあつた者であるときは、その事実を証明することができる書類）
 - ロ 請求人が死亡した受給権者と生計を同じくしていたこと又は申請人が死亡した受給資格者と生計を同じくしていたことを証明することができる書類
 - (3) 未支給の遺族補償年金又は遺族年金の支給を請求する場合には、次の書類その他の資料
 - イ 請求人と死亡した労働者との身分関係を証明することができる戸籍の謄本又は抄本
 - ロ 請求人が障害の状態にあることにより遺族補償年金を受けることができる遺族であるときは、請求人が労働者の死亡の時から引き続き障害の状態にあることを証明することができる医師又は歯科医師の診断書その他の資料
 - (4) 遺族補償年金又は遺族年金を受ける権利を有する者に対して支給する未支給の遺族特別支給金又は遺族特別年金の支給の申請を行う場合には、次の書類その他の資料（同一の事由について未支給の遺族補償年金又は遺族年金を請求することができる場合を除く。）
 - イ 申請人と死亡した労働者との身分関係を証明することができる戸籍の謄本又は抄本
 - ロ 申請人が労働者の死亡の時から引き続き障害の状態にあつた者であるときは、その事実を証明することができる医師又は歯科医師の診断書その他の資料
 - (5) 死亡した受給権者又は受給資格者が死亡前に保険給付の支給を請求していなかつたとき又は特別支給金の支給を申請していなかつたときは、(1)から(4)までの書類その他の資料のほか、その受給権者又は受給資格者がその保険給付の支給を請求し、又は特別支給金の支給を申請するときに提出しなければならなかつた書類その他の資料
- 4 未支給の保険給付の支給の請求のみを行う場合には、未支給の特別支給金の申請に係る事項は全て抹消し、未支給の特別支給金の支給の申請のみを行う場合には、未支給の保険給付の請求に係る事項は全て抹消すること。
- 5 「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
		①	() —

労働者災害補償保険

療養補償給付たる療養の給付を受ける指定病院等 (変更) 届

労働基準監督署長 殿

年 月 日

病 院	經由
診 療 所	
薬 局	
訪問看護事業者	

〒 -

電話 () -

住所 _____ 方
 届出人の _____
 氏名 _____ 印

下記により療養補償給付たる療養の給付を受ける指定病院等を (変更するので) 届けます。

① 労働保険番号					③ 氏名 (男・女)	④ 負傷又は発病年月日
府県	所掌	管轄	基幹番号	枝番号		
					③ 氏名 (男・女)	年 月 日
② 年金証書の番号					労働者の	前後 時 分頃
管轄局	種別	西暦年	番号			
					職 種	
⑤ 災害の原因及び発生状況						
③の者については、④及び⑤に記載したとおりであることを証明します。						
事業の名称 _____						
年 月 日 〒 - 電話 () -						
事業場の所在地 _____						
事業主の氏名 _____ 印						
(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)						
⑥ 指定病院等の変更	変更前の	名称	_____ (労災指定医番号)			
		所在地	〒 -			
	変更後の	名称	_____			
		所在地	〒 -			
	変更理由					
⑦ 傷病補償年金の支給を受けることとなった後に療養の給付を受けようとする指定病院等の	名称	_____				
	所在地	〒 -				
⑧ 傷 病 名						

様式第6号 (裏面)

[注 意]

- 1 記入すべき事項のない欄又は記入枠は空欄のままとし、事項を選択する場合には該当事項を○で囲むこと。
- 2 ⑤は、どのような場所で、どのような作業をしているときに、どのような物で又はどのような状況において、どのようにして災害が発生したかを簡明に記載すること。
- 3 傷病補償年金の受給権者が当該傷病に係る療養に関しこの届書を提出するときは
 - (1) ①、④及び⑤は、記載する必要がないこと。
 - (2) 事業主の証明は受ける必要がないこと。
- 4 傷病補償年金の受給権者が当該傷病に係る療養に関しこの届書を提出する場合以外の場合で、その提出が離職後であるときには事業主の証明は受ける必要がないこと。
- 5 「届出人の氏名」の欄及び「事業主の氏名」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
		印	() —

業務災害用

障害補償給付支給請求書
障害特別支給年金支給申請書
障害特別一時金

① 労働保険番号				③ フリガナ		④ 負傷又は発病年月日	
府県	所管	管轄	基幹番号	枝番号	氏名	(男・女)	
					生年月日	年 月 日 (歳)	
② 年金証書の番号				フリガナ		午後 時 分頃	
管轄局	種別	西暦年	番号		住所	⑤ 傷病の治癒した年月日	
					職種	年 月 日	
⑥ 災害の原因及び発生状況(災害発生場所、作業内容、状況等を簡明に記載すること。)				の所属事業場 名称・所在地		⑦ 平均賃金	
						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 国民年金法のイ、障害年金 船員保険法の障害年金		ロ、障害厚生年金 ロ、障害基礎年金
		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 _____ ⑪

(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。

⑫ 障害の部位及び状態	(診断書のとおり)	⑬ 既存障害がある場合には その部位及び状態
-------------	-----------	---------------------------

⑬ 年金の払込と 受け望むは郵便 又は郵便	添付する書類 その他の資料	支店等を除く 金融機関	名 称	※金融機関店舗コード	
		郵便貯金銀行	預金通帳の記号番号	銀行・金庫 農協・漁協・信組	本店・本所 出張所 支店・支所
		郵便貯金銀行	フリガナ	普通・当座	第 _____ 号
		郵便局	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		

上記により 障害補償給付の支給を請求します。
障害特別支給年金の支給を申請します。
障害特別一時金

電話 () _____

年 月 日

請求人の住所 _____

労働基準監督署長 殿

氏名 _____ ⑭

□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	普通・当座 第 _____ 号 口座名義人 _____

様式第10号(裏面)

[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 ⑥には、どのような場所で、どのような作業をしているときに、どのような物で又はどのような状況において、どのようにして災害が発生したかを簡明に記載すること。
- 5 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 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。)
- 7 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) 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。
- 8 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。
- 9 ⑨については、障害補償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。
- 10 「事業主の氏名」の欄及び「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ること。
- 11 「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。
- 12 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」欄の下の口にレ点を記入すること。

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
		Ⓢ	() —

① 労働保険番号 府 県 所 管 轄 基 幹 番 号 枝 番 号				③ 死亡労働者の フリガナ 氏 名 (男・女) 生 年 月 日 年 月 日 (歳) 個 人 番 号 職 種 所 属 事 業 場 名 称 ・ 所 在 地				④ 負傷又は発病年月日 年 月 日 午 前 時 分 頃 後					
② 年金証書の番号 管 轄 局 種 別 西 暦 年 番 号 枝 番 号				⑤ 死亡年月日 年 月 日				⑦ 平均賃金 円 銭					
⑥ 災害の原因及び発生状況										⑧ 特別給与の総額(年額) 円			

⑨ 厚生年金受給関係	① 死亡労働者の厚年等の年金証書の基礎年金番号・年金コード		② 死亡労働者の被保険者資格の取得年月日		年 月 日	
	⑩ 当該死亡に関して支給される年金の種類					
	厚生年金保険法の イ 遺族年金 ロ 遺族厚生年金		国民年金法の イ 母子年金 ロ 準母子年金 ハ 遺児年金 ニ 寡婦年金 ホ 遺族基礎年金		船員保険法の遺族年金	
	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		所轄年金事務所等	

⑨の者については、次のいずれかを○で囲む。 ・ 歳定請求中 ・ 不支給裁定 ・ 未加入 ・ 請求していない ・ 老齢年金等選択

⑨の者については、④、⑥から⑧まで並びに⑩の①及び②に記載したとおりであることを証明します。

年 月 日 事業の名称 電話 () -

事業場の所在地

〔注意〕 ⑨の①及び②については、⑨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。

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)

⑩ 請求人	氏 フリガナ 名	生 年 月 日	住 フリガナ 所	死 亡 勞 働 者 と の 関 係	障 害 の 有 無	請求人(申請人)の代表者を 選任しないときは、その理由
					ある・ない	
						ある・ない
						ある・ない
⑪ 請求人の代理人	氏 フリガナ 名	生 年 月 日	住 フリガナ 所	死 亡 勞 働 者 と の 関 係	障 害 の 有 無	請求人(申請人)と生計を同じくしているか
					ある・ない	いる・いない
						ある・ない
						ある・ない

⑫ 添付する書類その他の資料名		※金融機関店舗コード	
年金の払渡しを受けることを希望する	金融機関	名 称	銀行・金庫 農協・漁協・信組
	支店等	フリガナ	普通・当座 第 号
希望する金融機関又は郵便局	支店等	名 称	※郵便局コード
	郵便局	所在地	都道府県 市区

遺族補償年金の支給を請求します。

上記により 遺族特別支給金 の支給を申請します。

年 月 日 労働基準監督署長 殿

請求人 住所
申請人 氏 名 (代表者)

☐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

特別支給金について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 出振所 支店・支所 普通・当座 第 号 口座名義人

様式第 12 号(裏面)

〔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の死亡労働者の「所属事業場名称・所在地」欄には、死亡労働者が直接所属していた事業場が一括適用の取扱いを受けている場合に、死亡労働者が直接所属していた支店、工事現場等を記載すること。
- 4 ⑥には、どのような場所で、どのような作業をしているときに、どのような物で又はどのような状況において、どのようにして災害が発生したかを簡明に記載すること。
- 5 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 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。）。
- 7 死亡労働者が傷病補償年金を受けていた場合には、
 - (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。
- 8 死亡労働者が特別加入者であった場合には、
 - (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。
- 9 ⑨から⑭までに記載することができない場合には、別紙を付して所要の事項を記載すること。
- 10 この請求書（申請書）には、次の書類その他の資料を添えること。
 - (1) 労働者の死亡に関して市町村長に提出した死亡診断書、死体検案書若しくは検視調書に記載してある事項についての市町村長の証明書又はこれに代わるべき書類
 - (2) 請求人（申請人）及び請求人（申請人）以外の遺族補償年金を受けることができる遺族と死亡労働者との身分関係を証明することができる戸籍の謄本又は抄本（請求人（申請人）又は請求人（申請人）以外の遺族補償年金を受けることができる遺族が死亡労働者と婚姻の届出をしていないが事実上婚姻関係と同様の事情にあつた者であるときは、その事実を証明することができる書類）
 - (3) 請求人（申請人）及び請求人（申請人）以外の遺族補償年金を受けることができる遺族（労働者の死亡当時胎児であつた子を除く。）が死亡労働者の収入によつて生計を維持していたことを証明することができる書類
 - (4) 請求人（申請人）及び請求人（申請人）以外の遺族補償年金を受けることができる遺族のうち労働者の死亡の時から引き続き障害の状態にある者については、その事実を証明することができる医師又は歯科医師の診断書その他の資料
 - (5) 請求人（申請人）以外の遺族補償年金を受けることができる遺族のうち、請求人（申請人）と生計を同じくしている者については、その事実を証明することができる書類
 - (6) 障害の状態にある妻にあつては、労働者の死亡の時以後障害の状態にあつたこと及びその障害の状態が生じ、又はその事情がなくなつた時を証明することができる医師又は歯科医師の診断書その他の資料
- 11 ⑬については、次により記載すること。
 - (1) 遺族補償年金の支給を受けることとなる場合において、遺族補償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、遺族補償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。
 - (2) 請求人（申請人）が 2 人以上ある場合において代表者を選任しないときは、⑩の最初の請求人（申請人）について記載し、その他の請求人（申請人）については別紙を付して所要の事項を記載すること。
- 12 「事業主の氏名」の欄及び「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ること。
- 13 「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。
- 14 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。

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
		⑩	() —

[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 先順位者が失権したことにより又は所在不明の先順位者について遺族補償年金又は遺族年金の支給が停止されたことにより、新たに受給権者となった者がこの請求書(申請書)を提出するときは、次の書類その他の資料を添えること。
 - (1) 請求人(申請人)及び請求人(申請人)と生計を同じくしている遺族補償年金又は遺族年金を受けることができる遺族と死亡した労働者との身分関係を証明することができる戸籍の謄本又は抄本
 - (2) 請求人(申請人)及び請求人(申請人)と生計を同じくしている遺族補償年金又は遺族年金を受けることができる遺族のうち障害の状態にあることにより遺族補償年金又は遺族年金を受けることができる者については、その者が労働者の死亡の時から引き続き障害の状態にあることを証明することができる医師又は歯科医師の診断書その他資料
 - (3) 請求人(申請人)と生計を同じくしている遺族補償年金又は遺族年金を受けることができる遺族については、その者が請求人(申請人)と生計を同じくしていることを証明することができる書類
- 4 労働者の死亡当時胎児であつた子が出生した場合において、その同順位者又は後順位者が遺族補償年金又は遺族年金の支給を受けているときは、次の書類その他の書類を添えること。
 - (1) 請求人(申請人)及び請求人(申請人)と生計を同じくしている遺族補償年金又は遺族年金を受けることができる遺族と死亡した労働者との身分関係を証明することができる戸籍の謄本又は抄本
 - (2) 請求人(申請人)と生計を同じくしている遺族補償年金又は遺族年金を受けることができる遺族のうち、障害の状態にあることにより遺族補償年金又は遺族年金を受けることができる者については、その者が労働者の死亡の時から引き続き障害の状態にあることを証明することができる医師又は歯科医師の診断書その他の資料
 - (3) 請求人(申請人)と生計を同じくしている遺族補償年金又は遺族年金を受けることができる遺族については、その者が請求人(申請人)と生計を同じくしていることを証明することができる書類
- 5 ③、④、⑤及び⑦に記載することができない場合には、別紙を付して所要の事項を記載すること。
- 6 ⑧については、次により記載すること。
 - (1) 遺族補償年金若しくは遺族年金又は遺族特別年金の支給を受けることとなる場合において、遺族補償年金若しくは遺族年金又は遺族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、遺族補償年金若しくは遺族年金又は遺族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。
 - (2) 請求人(申請人)が2人以上ある場合において代表者を選任しないときは、③の最初の請求人(申請人)について記載し、その他の請求人(申請人)については別紙を付して所要の事項を記載すること。
- 7 「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ること。
- 8 「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。
- 9 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。

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
		Ⓣ	() —

様式第16号の2(裏面)

【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 ⑧については、傷病補償年金又は傷病年金を受けることとなる場合において、傷病補償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あつては「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。
- 4 「届出人の氏名」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ること。
- 5 「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。
- 6 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。

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
		Ⓢ	() —

労働者災害補償保険 介護補償給付 支給請求書

標準字体

Grid for standard font characters (Alphabetical and Numerical)

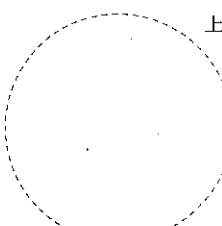
○濁点、半濁点は一文字として書いてください。

Header section containing account type (35290), agency name, date, and special code.

(注意) 一、□□□で表示された枠(以下、「記入枠」という。)に記入する文字は、光学式文字読取装置(OCR)で直接読取りを行いますので、汚したり、穴をあけたり、必要以上に強く折り曲げたり、のりづけしたりしないでください。(ただし、⑩欄については二、記載すべき事項のない欄又は記入枠は空欄のままとし、事項を選択する場合には該当事項を○で囲んでください。(ただし、⑩欄については三、記入枠の部分は、必ず黒のボールペンを使用し、様式の右上に記載された「標準字体」にならって、枠からはみださないように大きめのカタカナ及びアラビア数字で明瞭に記載してください。)

Main body of the form with multiple sections: (イ) Insurance details, (ニ) Applicant info, (ホ) Request periods, (ヘ) Expenses, (ト) Agency info, (チ) Bank info, (リ) Care facilities, (ヌ) Caregivers.

※印の欄は記入しないでください。(職員が記入します。) ◎裏面の注意事項を読んでから記入してください。折り曲げる場合には()の所を谷に折りさらに2つ折りにしてください。



上記により 介護補償給付の支給を 請求します。 年 月 日 住所 () 方 請求人の () 氏名 印 労働基準監督署長 殿

【介護の事実に関する申立て】 私は、上記(リ)及び(ヌ)のとおり介護に従事したことを申し立てます。 住所 氏名 電話番号 () 印

[注意]

- 1 初めて介護(補償)給付を請求する場合は、(ハ)の障害の部位及び状態並びに当該障害を有することに伴う日常生活の状態に関する医師又は歯科医師の診断書を添えること。
- 2 (イ)及び(ロ)について、障害(補償)給付支給請求書を同時に提出する場合にあっては、記入する必要はないこと。
- 3 障害(補償)年金又は傷病(補償)年金を現に受給している者は、(ロ)に当該受給している年金に☑を付すとともに、その等級を記入すること。
- 4 (ホ)の「請求対象年月」は、請求する月について必ず記入すること。
その月に費用を支出して介護を受けた日がある場合には、(ヘ)及び(ト)に日数及び金額をすべて記入し当該支出した費用の額を証する書類を添えること。
その月に費用を支出して介護を受けた日がない場合には、(ヘ)及び(ト)は記入する必要はないこと。
- 5 (ヌ)の「介護に従事した者」の欄には、介護期間((ホ)の「請求対象年月」に相当する期間)において介護に従事したすべての者について記入すること。
- 6 (ヌ)の「介護に従事した者」の欄の「氏名」、「生年月日」及び「続柄」の欄は、親族又は友人・知人による介護を受けた場合に記入すること。
- 7 「請求人の氏名」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ること。
- 8 親族又は友人・知人による介護を受けた日がある月分の介護(補償)給付の支給を請求する場合には、[介護の事実に関する申立て]の欄に、介護に従事した者の記名押印又は自筆による署名が必要であること。

表面の記入枠を訂正したときの訂正印欄	削	字	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
	加	字				

労働者災害補償保険

療養給付たる療養の給付を受ける指定病院等 (変更) 届

労働基準監督署長 殿

年 月 日

病 院	院 所	經由
診 療	所 局	
薬	局	
訪問看護事業者		

〒 _____

電話 () _____

住所 _____ 方

届出人の _____

氏名 _____ ㊟

下記により療養給付たる療養の給付を受ける指定病院等を (変更するので) 届けます。

① 労働保険番号				③ 氏名 (男・女)	④ 負傷又は発病年月日			
府県	所掌	管轄	基幹番号		枝番号	年	月	日
						年	月	日 (歳)
② 年金証書の番号					労働者の	住所	前後	時 分頃
管轄局	種別	西暦年	番号		職 種			
⑤ 災害の原因及び発生状況								
③の者については、④に記載したとおりであることを証明します。								
年 月 日		事業の名称			〒 _____ 電話 () _____			
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] 事業主は、④について知り得なかった場合には、証明する必要がないこと。								
⑥ 指定病院等の変更	変更前の	名称	_____					労災指定医番号
		所在地	_____					〒 _____
	変更後の	名称	_____					
		所在地	_____					〒 _____
	変更理由							
⑦	傷病年金の支給を受けることとなった後に療養の給付を受けようとする指定病院等の	名称	_____					
		所在地	_____					〒 _____
⑧	傷 病 名							

様式第16号の4 (裏面)

[注意]

- 1 記入すべき事項のない欄又は記入枠は空欄のままとし、事項を選択する場合には該当事項を○で囲むこと。
- 2 傷病年金の受給権者が当該傷病に係る療養に関しこの届書を提出するときは
 - (i) ①、④及び⑤は記載する必要がないこと。
 - (ii) 事業主の証明は受ける必要がないこと。
- 3 傷病年金の受給権者が当該傷病に係る療養に関しこの届書を提出する場合以外の場合で、その提出が離職後であるときには事業主の証明は受ける必要がないこと。
- 4 「届出人の氏名」の欄及び「事業主の氏名」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ると。

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
		Ⓜ	() —

障害給付支給請求書
 障害特別支給年金支給申請書
 障害特別一時金支給申請書

通勤災害用

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 氏名 (男・女)				年 月 日			
					生年月日 年 月 日 (歳)				午前 午後 時 分			
② 年金証書の番号				労働者の				⑤ 傷病の治癒した年月日				
管轄局	種別	西暦年	番号	住所				年 月 日				
				職種				⑥ 平均賃金				
				所屬事業場 名称・所在地				円 銭				
⑧ 通勤災害に関する事項								別紙のとおり				
⑨ 厚生年金保険等の受給関係	④ 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			
	⑫ 当該傷病に關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												
⑬の者については、⑥及び⑦並びに⑨の④及び⑤並びに別紙の①、②、③、④、⑤、⑥、⑦、⑧、⑨(通常の通勤の経路及び方法に限る。)及び⑩に記載したとおりであることを証明します。												
年 月 日				事業の名称				電話 () -				
				事業場の所在地				〒 -				
				事業主の氏名				⑭				
(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〕 別紙の①、②及び③について知り得なかった場合には証明する必要がないので、知り得なかった事項の符号を消すこと。また、⑨の④及び⑤については、⑬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 添付する書類その他の資料名												
⑬ 年金の払込と受給希望は郵便を希望する場合は郵便の局				名称				※金融機関店舗コード				
				フリガナ				銀行・金庫 本店・本所 農協・漁協・信組 出張所 支店・支所				
				所在地				普通・当座 第 号				
				フリガナ				※郵便局コード				
				所在地				郵便局 市区				
預金通帳の記号番号				第 号								

上記により 障害給付の支給を請求します。
 障害特別支給年金
 障害特別一時金の支給を申請します。

年 月 日

労働基準監督署長 殿

請求人
申請人の

住所

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		普通・当座 第 号		口座名義人	
				本店・本所 出張所 支店・支所			

様式第16号の7(裏面)

〔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 ⑥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16号の6の別紙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 ⑦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16号の6の別紙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)が傷病年金を受けていた者であるときは、
 - (1) ①及び④並びに⑧の別紙は記載する必要がないこと。
 - (2) ②には、請求人(申請人)の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) ⑥には、その者の給付基礎日額を記載すること。
 - (2) ⑦は記載する必要がないこと。
 - (3) ④及び⑧の別紙の①から③まで、⑤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 ⑩については、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、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 「事業主の氏名」の欄及び「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ること。
- 10 「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。
- 11 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。

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
		Ⓢ	() —

通勤災害用

遺族年金支給請求書
遺族特別支給金支給申請書
遺族特別年金支給申請書

Form with multiple sections: ① 労働保険番号, ② 年金証書の番号, ③ 死亡労働者のフリガナ, ④ 負傷又は発病年月日, ⑤ 死亡年月日, ⑥ 平均賃金, ⑦ 特別給与の総額, ⑧ 通勤災害に関する事項, ⑨ 遺族年金の種類, ⑩ 請求人, ⑪ 添付書類, ⑫ 金融機関店舗コード, ⑬ 年金の払渡しを受けることを希望する金融機関又は郵便局.

遺族年金の支給を請求します。
上記により 遺族特別支給金 の支給を請求します。
遺族特別年金
年 月 日

請求人
申請人
(代表者)
の 住所
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

Table with 2 columns: 特別支給金について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. Includes options for 銀行・金庫 and 農協・漁協・信組.

様式第16号の8(裏面)

[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の死亡労働者の「所属事業場名称・所在地」欄には、死亡労働者が直接所属していた事業場が一括適用の取扱いを受けている場合に、死亡労働者が直接所属していた支店、工事現場等を記載すること。
4. ⑥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16号の6の別紙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. ⑦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16号の6の別紙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. 死亡労働者が傷病年金を受けていた場合には、
 - (1) ①及び④並びに⑧の別紙は記載する必要がないこと。
 - (2) ②には、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. 死亡労働者が特別加入者であつた場合には、
 - (1) ⑥には、その者の給付基礎日額を記載すること。
 - (2) ⑦は記載する必要がないこと。
 - (3) 別紙の㉑から㉓まで、並びに㉔及び㉕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. ⑨から⑫までに記載することができない場合には、別紙を付して所要の事項を記載すること。
9. この請求書(申請書)には、次の書類その他の資料を添えること。
 - (1) 労働者の死亡に関して市町村長に提出した死亡診断書、死体検案書若しくは検視調書に記載してある事項についての市町村長の証明書又はこれに代わるべき書類
 - (2) 請求人(申請人)及び請求人(申請人)以外の遺族年金を受けることができる遺族と死亡労働者との身分関係を証明することができる戸籍の謄本又は抄本(請求人(申請人)又は請求人(申請人)以外の遺族年金を受けることができる遺族が死亡労働者と婚姻の届出をしていないが事実上の婚姻関係と同様の事情にあつた者であるときは、その事実を証明することができる書類)
 - (3) 請求人(申請人)及び請求人(申請人)以外の遺族年金を受けることができる遺族(労働者の死亡時胎児であつた子を除く。)が死亡労働者の収入によつて生計を維持していたことを証明することができる書類
 - (4) 請求人(申請人)及び請求人(申請人)以外の遺族年金を受けることができる遺族のうち労働者の死亡の時から引き続き障害の状態にある者については、その事実を証明することができる医師又は歯科医師の診断書その他の資料
 - (5) 請求人(申請人)以外の遺族年金を受けることができる遺族のうち請求人(申請人)と生計を同じくしている者については、その事実を証明することができる書類
 - (6) 障害の状態にある妻にあつては、労働者の死亡の時以後障害の状態にあつたこと及びその障害の状態が生じ、又はその事情がなくなつた時を証明することができる医師又は歯科医師の診断書その他の資料
10. ⑬については、次により記載すること。
 - (1) 遺族年金の支給を受けることとなる場合において、遺族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、遺族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。
 - (2) 請求人(申請人)が2人以上ある場合において代表者を選任しないときは、⑩の最初の請求人(申請人)について記載し、その他の請求人(申請人)については別紙を付して所要の事項を記載すること。
11. 「事業主の氏名」の欄及び「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ること。
12. 「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。
13. 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」欄の下の口にレ点を記入すること。

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
		Ⓣ	() —

様式第18号(1)(表面)

労働者災害補償保険
年金たる保険給付の受給権者の定期報告書(障害用)

変更・不変更

署長	次長	課長	係長	係
決裁			年 月 日	

受給権者	①管轄局署	②年金証書の番号	③受給権者の氏名		④受給権者の生年月日	⑤年齢	
						歳	
	⑥年金たる保険給付の種類		⑦現障害等級号				
厚生年金保険等の受給関係	⑧労災年金のほかに、厚生年金保険、国民年金あるいは船員保険から労災と同じ事由(障害)で年金を受けていますか。 「受けている」とした場合は、⑨から⑫までの欄を記入してください。		1 受けている (支給停止の場合を含みます。)		2 受けていない ・裁定請求中 ・不支給裁定 ・未加入 ・請求していない ・老齢年金等選択 ・その他()		
	⑨受けている厚生年金保険、国民年金、船員保険(厚生年金等)の年金の種類を○で囲んでください。		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 ハ 障害年金 ニ 障害基礎年金		
	⑩基礎年金番号及び厚生年金等の年金証書の年金コード						
	⑪現在支給されている厚生年金等の年金額		年額	円	年額	円	
	⑫⑩欄の年金額を支給されることになった年月日		年	月	日	年	月
⑬添付書類		住民票の写しまたは戸籍抄本・⑩欄の厚生年金等の年額を証明する書類()					
上記のとおり現況を報告します。			〒 _____ 電話番号() _____				
			(フリガナ) _____				
_____ 年 月 日			住 所 _____				
			(フリガナ) _____				
_____ 労働基準監督署長 殿			氏 名 _____ ㊟				

○ 問い合わせ先(From:)

提出期間 年 月 1 日 から 年 月 末日 まで

様式第 18 号(1) (裏面)

[注意]

- 1 事項を選択する場合には該当する事項を○で囲むこと。
- 2 この報告書には、次の書類を添えること。
 - (1) 受給権者の住民票の写し又は戸籍の抄本
 - (2) 同一の事由により厚生年金保険の障害厚生年金等が支給される場合には、当該厚生年金保険の障害厚生年金等の支給額を証明することができる書類
- 3 「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
		Ⓜ	() —

様式第18号(2)(背面)

労働者災害補償保険

年金たる保険給付の受給権者の定期報告書(遺族用)

変更・不変更

署長	次長	課長	係長	係
決裁				年月日

受給権者	①年金証書の番号	②枝番号	③受給権者の氏名		④受給権者の生年月日	⑤年齢	
						歳	
受給権者	⑥年金たる保険給付の種類	⑦被災労働者との関係	⑧障害の状態の有無		⑨障害の部位及び状態		
			ある・ない		【診断書のとおり】		
厚生年金保険の受給関係	⑩労災年金のほかに、厚生年金保険、国民年金あるいは船員保険から労災と同じ事由(死亡)で年金を受けていますか。「受けている」とした場合は、⑪から⑭までの欄を記入してください。		1 受けている (支給停止の場合を含みます。)		2 受けていない ・規定請求中 ・不支給決定 ・未加入 ・請求していない ・老齢年金等選択 ・その他()		
	⑩受けている厚生年金保険、国民年金、船員保険(厚生年金等)の年金の種類を○で囲んでください。	厚生年金保険法の イ 遺族年金 ロ 遺族厚生年金	国民年金法の ハ 母子年金 ヘ 寡婦年金 ニ 準母子年金 ト 遺族基礎年金 ホ 遺児年金		船員保険法の チ 遺族年金		
	⑫基礎年金番号及び厚生年金等の年金証書の年金コード						
	⑬現在支給されている厚生年金等の年金額	年額	円	年額	円	年額	円
	⑭⑬欄の年金額を支給されることになった年月日	年	月	日	年	月	日
⑮遺族基礎年金受給権者(遺族厚生年金受給権者)の氏名、生年月日、年齢、住所、死亡労働者との関係、障害の有無	氏名(フリガナ)	生年月日	年齢	住所	死亡労働者との関係	障害の有無	
		MS TH 年 月 日	歳			ある・ない	
		MS TH 年 月 日	歳			ある・ない	
		MS TH 年 月 日	歳			ある・ない	
		MS TH 年 月 日	歳			ある・ない	
⑯添付書類	診断書・住民票の写し・戸籍謄本(抄本)・⑬欄の厚生年金等の年額を証明する書類()						
上記のとおり現況を報告します。							
〒 _____ 電話番号() _____ (フリガナ) _____							
_____ 年 月 日 住所 _____							
_____ 労働基準監督署長 殿 (フリガナ) _____							
氏名 ⑰ _____							

○ 問い合わせ先(From:)

提出期間 年 月 1日から 年 月末日まで

様式第 18 号(2) (裏面)

[注意]

- 1 事項を選択する場合には該当する事項を○で囲むこと。
- 2 この報告書には、次の書類を添えること。
 - (1) 受給権者及び受給権者と生計を同じくしている遺族補償年金又は遺族年金を受けることができる遺族の戸籍の謄本又は抄本
 - (2) 受給権者と生計を同じくしている遺族補償年金又は遺族年金を受けることができる遺族については、その者が受給権者と生計を同じくしていることを証明することができる書類
 - (3) 障害の状態にあることにより遺族補償年金又は遺族年金を受けることができる遺族及び遺族補償年金又は遺族年金の受給権者である妻については、その障害の状態に関する医師又は歯科医師の診断書
 - (4) 同一の事由により厚生年金保険の遺族厚生年金等が支給される場合には、当該厚生年金保険の遺族厚生年金等の支給額を証明することができる書類
- 3 ⑧には、次の(1)及び(2)の者のみが記載すること。
 - (1) 障害の状態にあることにより遺族補償年金又は遺族年金を受けることができる遺族
 - (2) 死亡した労働者の妻
- 4 ⑫基礎年金番号及び厚生年金等の年金証書の年金コードを2つ有する場合は、下段に記載すること。3つ以上有する場合は、別紙を付して記載すること。
- 5 ⑬から⑮及び⑯の欄に記載することができない場合には、別紙を付して所要の事項を記載すること。
- 6 「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
		⑧	() —

労働者災害補償保険

年金たる保険給付の受給権者の定期報告書(傷病用)

変更・不変更

署長	次長	課長	係長	係
決裁			年月日	

受給権者	①管轄局署	②年金証書の番号	③受給権者の氏名	④受給権者の生年月日	⑤年齢 歳
	⑥年金たる保険給付の種類		⑦傷病区分及び現傷病等級号	⑧傷病による障害の状態 【診断書のとおり】	
	⑨労災年金のほかに、厚生年金保険、国民年金あるいは船員保険から労災と同じ事由(障害)で年金を受けていますか。 「受けている」とした場合は、⑩から⑬までの欄を記入してください。			1 受けている (支給停止の場合を含みます。)	2 受けていない ・裁定請求中 ・不支給裁定 ・未加入 ・請求していない ・老齢年金等選択 ・その他()
厚生年金保険等の受給関係	⑩受けている厚生年金保険、国民年金、船員保険(厚生年金等)の年金の種類を○で囲んでください。	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 ハ 障害年金 ニ 障害基礎年金	船員保険法の ホ 障害年金	
	⑪基礎年金番号及び厚生年金等の年金証書の年金コード				
	⑫現在支給されている厚生年金等の年金額	年額 円	年額 円	年額 円	
	⑬⑩欄の年金額を支給されることになった年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
⑭添付書類	診断書・⑫欄の厚生年金等の年額を証明する書類()				
上記のとおり現況を報告します。				〒 - 電話番号() -	
年 月 日				(フリガナ)	
				住所	
				(フリガナ)	
労働基準監督署長 殿				氏名	Ⓜ

○ 問い合わせ先(From:)

提出期間 年 月 1日 から 年 月 末日まで

様式第 18 号(3) (裏面)

[注意]

- 1 事項を選択する場合には該当する事項を○で囲むこと。
- 2 この報告書には、次の書類を添えること。
 - (1) 負傷又は疾病による障害の状態に関する医師又は歯科医師の診断書
 - (2) 同一の事由により厚生年金保険の障害厚生年金等が支給される場合には、当該厚生年金保険の障害厚生年金等の支給額を証明することができる書類
- 3 「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
		Ⓜ	() —

年金たる保険給付の受給権者の住所・氏名
年金の払渡金融機関等変更届

二、口座で表示された枠
折り曲げる場合は折
り曲げマークの
所を折り曲げて
ください。

※

帳票種別
39580

被災労働者の氏名	支給決定を受けた労働基準監督署名
	労働基準監督署

変更処理

① 枚目 ※

② 枚中 ※

必須項目

③ 年金証書番号

④ 被災者生年月日

⑤ 枝番号

◎ 遺族(補償)年金の場合は記入してください。

○住所を変更した場合 (個人番号を未提出の方は住民票の写しの添付が必要です。)
裏面注意書きを参照ください。

変更後の住所

⑥ 郵便番号

⑦ 市外局番(右ヅメ) 市内局番(右ヅメ) 電話番号

市外局番も記入してください

⑧ 都道府県コード ※

フリガナ
住所1(漢字)

住所2つぎ(漢字)

住所3つぎ(漢字)

◎ 都道府県名の次から記入してください。

都・道
府・県

○銀行・郵便局等を変更したい場合

金融機関郵便貯蓄銀行の支店等(※)

フリガナ	銀行・金庫 農協・漁協・信組	本店・本所 出張所 支店・支所
------	-------------------	-----------------------

⑨ 預金の種類

⑩ 口座番号(右ヅメ)

◎ 口座番号が7桁未満の場合は右に詰めて記入してください。

⑪ 金融機関コード|店舗コード| ※

フリガナ	郵便貯金銀行の支店等又は郵便局	都・道 府・県	市・郡 区
------	-----------------	------------	----------

⑫ 預金通帳の記号番号

◎ 番号が8桁未満の場合は右に詰めて記入してください。

⑬ 郵便局コード ※

○氏名を変更した場合 (戸籍謄本または戸籍抄本を添付してください。)

氏名

⑭ 変更後氏名(カタカナ)：姓と名の間は1字あけてください。

変更前の氏名
フリガナ
漢字

⑮ 変更後氏名(漢字)：姓と名の間は1字あけてください。

氏名の变更日期	氏名の変更理由
年 月 日	

○個人番号を登録・変更する場合

個人番号

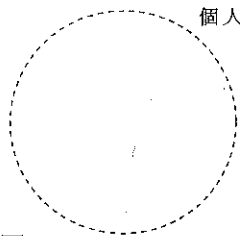
届出人(受給権者)の
〒 _____ 電話 () ()
フリガナ _____

住所・氏名を変更した
上記のとおり払渡金融機関等を変更したいので届けます。住所 _____ () 方
個人番号を登録・変更したい
フリガナ _____

年 月 日

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。



労働基準監督署長 殿

署長	次長	課長	係長	係
決裁 年 月 日				

※印の欄は記入しないでください。(職員が記入します)

◎裏面の注意事項を読んでから記入してください。

0	3	ア	カ	サ	タ	ナ	ハ	キ	ク	ラ	ワ
1	6	イ	キ	シ	フ	ニ	ヒ	ミ	リ	シ	
2	7	ウ	ク	ス	ソ	フ	ム	ユ	ル		
3	8	エ	ケ	セ	テ	ネ	ヘ	メ	レ		
4	9	ホ	ニ	ト	ノ	ホ	モ	ロ	ロー		

〔注意〕

- 1 で表示された枠(以下「記入枠」という。)に記入する文字は、光学的文字認識装置(OCR)で直接認識を行うので、この用紙は汚したり、必要以上に曲く折り曲げたりしないこと。
- 2 記載すべき事項のない欄又は記入枠は空欄のままとし、事項を選択する場合には当該事項を○で囲み(ただし、④及び⑩欄については該当する番号を記入枠に記入すること。)、捺印のついた欄又は記入枠には記載しないこと。
- 3 記入枠の部分は、必ず、黒色のボールペンを使用し、右上に記載された「標準字体」にならって、枠からはみ出さないように大きめのカタカナ及びアラビア数字で明瞭に記載すること。
- 4 住所及び氏名を変更した場合には、その事実を証明することができる書類その他の資料を添えて提出すること。ただし個人番号を届け出ていることで、それらの事実と同等の情報を確認できる場合には添付を要しないこと。
- 5 金融機関(郵便貯金銀行の支店等を除く。)又は郵便貯金銀行の支店等又は郵便局を変更したい場合には、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は「金融機関名」欄、④及び⑩欄に、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は「郵便貯金銀行の支店等又は郵便局」欄及び⑩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」欄は記載する必要はないこと。
- 6 「届出人の住所」欄及び「届出人の氏名」欄には、受給権者本人の住所及び氏名を記載すること。
- 7 この変更届は、所轄労働基準監督署長に提出すること。また、届出人の住所を管轄する労働基準監督署長を経由して提出しても差し支えないこと。
- 8 「届出人の氏名」欄は、記名押印に代えて、自筆による署名をすることができること。
- 9 「個人番号」欄については、届出人(受給権者)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、「届出人の氏名」欄の下の□にレ点を記入すること。

社会保険 労務士 記載欄	作成年月日： 提出代理者の表示	氏 名	電 話 番 号
		④	() —