様式第10号(表面)

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
複数事業労働者障害給付
障害特別支給金
障害特別年金
障害特別一時金
支給請求書
支給申請書

① 労働保険番号					③ 労働者の		
府県	所掌	管轄	基幹番号	枝番号	フリガナ	ヤマダ　タロウ	
13	1	05	123456	000	氏名	山田　太郎	(男)・女)
					生年月日	昭和45年　4月　1日(53歳)	
					フリガナ	トウキョウトシナガワク	
					住所	東京都品川区〇〇〇	
					職種	事務職	
					所属事業場名称・所在地		

② 年金証書の番号			
管轄局	種別	西暦年	番号

④ 負傷又は発病年月日
令和4年　2月　10日
午 (前)・後　11時　20分頃
⑤ 治癒(症状固定)年月日
令和5年　2月　10日
⑦ 平均賃金
6,338円　12銭
⑧ 特別給与の総額(年額)
650,000円

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って(お)どのような災害が発生したかを簡明に記載すること

執務室に時計を設置するため踏み台に登って設置作業をしていたところ、バランスを崩して落下し右手を強打した。

⑨厚生年金保険等の受給関係		
㋑ 厚年等の年金証書の基礎年金番号・年金コード		㋺ 被保険者資格の取得年月日　年　月　日
㋩ 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の㋑及び㋺に記載したとおりであることを証明します。

令和5年　6月　20日

事業の名称　株式会社デイライト　電話(03)〇〇〇－〇〇〇
事業場の所在地　品川区〇〇〇ー〇〇　〒〇〇〇－〇〇〇
事業主の氏名　代表取締役　取締 義夫
(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の㋑及び㋺については、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 添付する書類その他の資料名	レントゲン写真、診療録		

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			
支店等を除く。)(郵便貯金銀行の金融機関	名称	※ 金融機関店舗コード	
		〇〇 銀行・金庫・農協・漁協・信組	〇〇 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　1234567　号	
支店等又は郵便局(郵便貯金銀行の	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	

上記により
障害補償給付
複数事業労働者障害給付
障害特別支給金
障害特別年金
障害特別一時金
の支給を請求します。
の支給を申請します。

令和5年　6月　30日

品川　労働基準監督署長　殿

〒142－0041
電話(090)〇〇〇－〇〇〇
請求人・申請人の
住所　品川区〇〇〇ー〇〇
氏名　山田　太郎
□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
〇〇 銀行・金庫・農協・漁協・信組	〇〇 本店・本所・出張所・支店・支所	普通・当座　第　1234567　号 口座名義人　山田　太郎