

※提出にあたっては別紙「診断書」を医師に記入してもらって下さい

様式第10号 (表面)

労働者災害補償保険

医師の診断にて  
治癒年月日を記入して下さい

業務災害用

障害補償給付支給請求書  
障害特別支給金支給申請書  
障害特別一時金支給申請書

① 労働保険番号				③ 氏名		④ 負傷又は発病年月日	
府県	所管	管轄	基幹番号	枝番号	フリガナ	ヨロシトシオ	29年4月3日
22	3	02	932180	000	氏名	小林 俊郎 (男)	午前 1時30分頃
② 年金証書の番号				労働者		⑤ 傷病の治癒した年月日	
管轄局	種別	西暦年	番号	住所	フリガナ	ハヤシタカトミツカネ	29年12月1日
				住所	職業	浜松市中区富塚町1000	⑦ 平均賃金
				職業		プレス工	9,800 円 銭
⑥ 災害の原因及び発生状況				の所属事業場		⑧ 特別給与の総額(年額)	
(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)どのような不安安全又は有害な状態があった(わ)どのような災害が発生したかを簡明に記載すること				名称・所在地		円	
自社工場内でプレス作業中、プレス機内に付着した汚れを とろうと、手を入れたところ、右手をばさまれて負傷した。				(株)スズキプレス 浜松市中区東伊場2-7-2			

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
	② 当該傷病に関する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
		障害等級	級
		支給される年金の額	
		支給されることとなった年月日	
	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			

同一の事由により、他の社会保険が障害年金が支給される場合には記入が必要とす。

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。

事業主の証明が必要とす。

29年12月10日

事業の名称 (株)スズキプレス 電話 (053) 452-1115

事業場の所在地 浜松市中区東伊場2-7-2 〒432-8036

事業主の氏名 代表取締役 鈴木克司

[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。

請求書提出後に労働基準監督署にて障害の認定を行いますので、×線写真等必要資料については監督署の指示に従って下さい。

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 添付する書類名	レントゲン写真2枚	
⑬ 年金の払戻しと受給希望は郵便	支店等を除く金融機関	※金融機関店舗コード
	支店等	は従って下さい。
	郵便局	※郵便局コード
	郵便	
	郵便	

〒432-8002

電話 (053) 400-1112

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

29年12月10日  
浜松 労働基準監督署長 殿

請求人の住所 浜松市中区富塚町1000  
氏名 小林 俊郎

□本件手続を裏面に記載の社会保険労務士に委託します。

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
浜松 銀行・金庫 農協・漁協・信組	普通当座 第 9999999 号
浜松 本店・本所 出銀所 支店	口座名義人 鈴木俊郎