

障害補償給付 変更請求書
 労働者災害補償保険 障害給付
 障害特別年金 変更申請書

年金証書の番号	管轄局	種別	西暦年	番 号
氏 名				
労働者の生年月日	年 月 日			
住 所				
現在受けている障害補償年金 又は障害年金に係る障害等級	第 級			
現在受けている障害補償年金 又は障害年金が支給されること となった年月日	年 月 日			
障害の部位及び状態	(診断書のとおり。)			
添付する書類その他の資料名				

上記により 障害補償給付 の変更を請求します。
 障害給付 の変更を申請します。
 障害特別年金

_____年 月 日
 (〒 _____) 電話番号 _____ - _____

請求人 _____ 住所 _____ 方
 の _____
 申請人 _____ 氏名 _____ 印

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
銀行 金庫 農協 漁協 信組	普通 当座 第 _____ 号 本店 支店 支所 名義人 _____