

国民年金 厚生年金保険 障害厚生年金受給権者 業務上障害補償の該当届

51	(受給権者が、当該障害について労働基準法による障害補償を受けられることになったときの届) *基礎年金番号(10桁)で届出する場合は左詰めでご記入ください。													
①	個人番号(または基礎年金番号)および年金コード			個人番号(または基礎年金番号)								年金コード		
②	生	年	月	日	大・昭・平			年	月	日				
③	労働基準法による障害補償の支給を受ける権利を取得した年月日				昭和・平成			年	月	日				
④	障害補償をするものの氏名・住所または名称・所在地		氏名または名称											
	住所または名称・所在地		住所または所在地											
⑤ 障害補償を行うことについての証明														
上記③に記載された年月日をもって労働基準法第77条の規定による障害補償を下記の受給権者に対して行うことになったことを証明する。 平成 年 月 日 障害補償を行う者 住所または所在地 氏名または名称														
※	停止年月日			事由	停止期限									
	年	月	日	07	年	月								

平成 年 月 日 提出

郵便番号 □□□-□□□□

住所

受給権者 (フリガナ)

氏名

自宅の電話番号 () - () - ()

記入上の注意

※印の欄には、記入しないでください。

②の年号は、該当する文字を○印で囲んでください。生年月日は、たとえば、昭和13年5月9日生まれの場合は、

「

大	○	平	年	月	日
3	5	7	1	3	0

」
 のようにご記入ください。

⑤の欄は、労働基準法の規定による障害補償を行うことになった事業主等から必ず証明を受けてください。

◎受給権者が自ら署名する場合には、受給権者の押印は不要です。

◎黒インクのボールペンで記入してください。

実施機関等
受付年月日