

労働者災害補償保険
傷病の状態等に関する届

① 労働保険番号	府県	所掌	管轄	基 幹 番 号	枝番号	③ 負 傷 又 は 病 日 年 月 日	年 月 日		
	フリガナ							④ 療 養 開 始 年 月 日	年 月 日
② 労働者のフリガナ	氏 名 (男・女)						③ 負 傷 又 は 病 日 年 月 日	年 月 日	
	生年月日	年 月 日 (歳)							④ 療 養 開 始 年 月 日
⑤ 傷病の名称、部位及び状態								(診断書のとおり。)	
⑥ 厚生年金保険等の受給関係	厚年等の年金証書の基礎年金番号・年金コード					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 国民年金法の 船員保険法の障害年金					イ 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							
⑦ 添付する書類その他の資料名									
⑧ 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	金融機関 (支店等を除く。)	名称	※ 金融機関店舗コード					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 号				
	郵便貯金又は銀行の郵便局	フリガナ	※ 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						

上記のとおり届けます。

〒 - 電話 () -

年 月 日
労働基準監督署長 殿

届出人の 住所
氏 名 ⑧

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

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
		Ⓢ	() —