

# 記載例

様式第16号の2

## 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	負傷又は ③ 発病 年月日	〇年10月2日
フリガナ	オカダ ユウジ					④ 療養開始 年月日	〇年10月2日
氏名	岡田 友治 (男・女)						
労働者の 住所	生年月日	マエバシシ オオテマチ					⑤ 傷病の名称、 部位及び状態 (診断書のとおり。)
前橋市 大手町 〇-〇	昭和〇〇年 6月 23日 (〇〇歳)						
⑥ 厚生年金保険等の 受給関係	被保険者証等の 記号番号	被保険者資格 の取得年月日	年 月 日				
	年金の種類	厚生年金保険法のイ 障害年金 □ 障害厚生年金 国民年金法のイ 障害年金 □ 障害基礎年金 船員保険法の障害年金					
	当該傷病に関 して支給され る年金の種類 等	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					
	年金証書の記号番号	年 月 日					
⑦ 添付する書類そ の他の資料名	診断書						
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 名称	※ 金融機関 店舗コード	君羊馬 (銀行・金庫 本店 農協・漁協・信組 大手町 支店 支所)				
	預金通帳の 記号番号	(普通)・当座 第 123456 号					
	郵便局 フリガナ 名称	※ 郵便局コード	郵便局				
	郵便局 所在地	都道 府県	市郡 区	郵便貯金通帳 の記号番号			

当該傷病に関して厚生年金保険等が支給される場合にのみ記入してください。

添付する書類その他の資料名を記入してください。

上記のとおり届けます。

郵便番号 371 - X〇X〇  
〇〇〇局  
電話番号 〇〇〇〇番

〇年4月26日

前橋 労働基準監督署長 殿

届出人の

住所 前橋市 大手町 〇-〇

氏名 岡田 友治 (印)

自筆による署名の場合には、押印は必要ありません。

- (注意)
- ※印欄には記載しないこと
  - 記載すべき事項のない欄には斜線を引き、事項を選択する場合には該当のない事項を消すこと。
  - 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から受けることを希望する者については「金融機関」欄に、傷病補償年金又は傷病年金の払渡しを郵便局から受けることを希望する者については「郵便局」欄に、それぞれ記載すること。  
なお、郵便局から払渡しを受けることを希望する場合であって振替預入によらないときは、「郵便貯金通帳の記号番号」の欄は記載する必要はないこと。
  - 「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。