

第6号様式の3(第7条)

障害補償年金前払一時金請求書

(実施機関の職氏名) 次の障害補償年金前払一時金を請求します。		請求年月日 年 月 日	
		請求者の住所 氏 名 ⑩	
1(所属部局)			
2(氏 名) 年 月 日生(歳)		3(職種) 4(負傷又は発病) 年 月 日	
5(障害等級) 第 級		6(既存障害とその程度)	
7 障害補償年金の支給決定に関する通知を受けた年月日 年 月 日		8 年金証書の番号 第 号	
9 障害補償年金前払一時金の申出を行った月までの期間に関する障害補償年金の額の合計額		年 月 日から 年 月 日まで 円	
10 請求者が選択する障害補償年金前払一時金の請求金額の計算等		限度額を選択した場合 (補償基礎額) (乗すべき数) 円 × = 円	
		限度額以外を選択した場合 1、200日分 1、000日分 補償基礎額の 800日分 に相当する額 600日分 400日分 200日分 (補償基礎額) 円 × 日分 = 円	
11 請求金額	円		
12 添付する書類その他の資料名			

13 送金希望の場合	振込先金融機関名	銀行 支店	受 理	年 月 日
	預金科目	普通預金 当座預金	決 定	年 月 日
	口座番号		支 払	年 月 日
	名義人口座	住所	決 定 金 額	円
		氏名		

- (注意) 1 請求者は、 印の欄には記入しないでください。また、該当する にレ印を記入してください。
- 2 「6 (既存障害とその程度)」の欄には、新たに既存の障害を加重した場合に記入するものとし、特に既存障害について障害補償を支給された場合は、その該当等級を記入してください。
- 3 「7 障害補償年金の支給決定に関する通知を受けた年月日」及び「9 障害補償年金前払一時金の申出を行った月までの期間に関する障害補償年金の額の合計額」の欄には、障害補償年金の最初の支払に先立って申し出る場合は記入しないでください。
- 4 署名することにより、氏名の記入及び押印に代えることができます。

(A4)