

**業務災害・通勤災害で一定の障害が残ったとき**

治ゆした日 年 月 日

氏 名	
-----	--

加入している保険	健康保険（扶養家族 有・無） 厚生年金保険 雇用保険
----------	-------------------------------

	作 成 書 類	頁	提出期限	届出先	チェック
25	障害（補償）給付支給請求書	154	速やかに	監督署	
27	障害（補償）年金前払一時金請求書	158	1	監督署	

1 原則、障害（補償）給付支給請求書と同時に提出。

必 要 事 項	チェック	備考
障害の状態の確認		
障害（補償）前払一時金を請求するかどうかの確認		
障害厚生年金・障害基礎年金の受給資格の有無の確認		

備考
----