

労保連労働災害保険金請求書

令和 年 月 日

一般社団法人 全国労働保険事務組合連合会 御中

下記災害について関係書類を添付のうえ保険金を請求いたします。
つきましては下記の保険金振込先口座又は支払指図書のとおりお支払いください。

事業場の所在地		事業場名		取扱事務組合		労働保険番号		府県番号	所掌	管轄	基幹番号				枝番号		追番
〒		代表者		TEL ()		被災者氏名			※	※							
TEL ()		代表者		※受付年月日		災害発生日		年 月 日									
TEL ()		代表者		令和 年 月 日		請求内容 (該当するものに○)		☐ 死亡保険金・死亡弔慰金									
TEL ()		代表者		令和 年 月 日		請求内容 (該当するものに○)		☐ 障害保険金 (障害 級)									
TEL ()		代表者		令和 年 月 日		請求内容 (該当するものに○)		☐ 休業保険金 休業 日 (年 月 日～ 年 月 日までの休業 日の内)									
TEL ()		代表者		令和 年 月 日		請求内容 (該当するものに○)		保険の型 型 ・ 型 (口)									

※被災者(遺族)に直接お支払いを希望する場合には、下記の
労保連労働災害保険金支払指図書にも記入してください。

保険金振込先口座	希望する保険金振込先に○		口座番号	普通												
	被災者(遺族)			当座												
	銀行・金庫			本店・本所 出張所												
金融機関コード		金融機関		店舗		カタカナ										
金融機関コード		金融機関		店舗												
金融機関コード		金融機関		店舗												

労保連労働災害保険金支払指図書

保険金は被災者(遺族)の保険金振込先口座に
直接お支払い下さい。

事業場名 代表者

口座名義

上記保険金振込先口座への払込手続完了をもって、当該
保険金を受領したものと認め、貴会の申出がなければ領収
書は発行いたしません。

※請求番号 ()	※支給決定金額 ¥
--------------	--------------

(注)この請求書により取得する個人情報、当会保有個人情報の管理諸規則に基づき、労保連労働災害保険事業の管理、運

営等に限利用するものとし、法令に基づく場合を除き、第三者に提供いたしません。