様式第十号（裏面）注意4を削り、同5中「別紙」を「別紙1」に改め、同5を同4とし、同6中「別紙」を「別紙1」に改め、同6を同5とし、同7から同12までを一ずつ繰り上げる。
様式第十一号を次のように改める。

様式第11号

労働者災害補償保険
障害補償給付
障害給付　変更請求書
障害特別年金変更申請書

①年金証書の番号	管轄局	種別	西暦年	番号
②労働者の	氏名			
	生年月日	年　月　日		
	住所			
③現在受けている障害補償年金又は障害年金に係る障害等級	第　級			
④現在受けている障害補償年金又は障害年金が支給されることとなつた年月日	年　月　日			
⑤障害の部位及び状態	（診断書のとおり。）			
⑥添付する書類その他の資料名				

上記により
障害補償給付
障害給付
障害特別年金
の変更を請求します。

〒　－　　電話（　）　－

年　月　日

労働基準監督署長殿

請求人の申請人　住所

氏名　㊞

（注意）　「請求人（申請人）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。

振込を希望する金融機関の名称		預金の種類及び口座番号
銀行・金庫 農協・漁協・信組	本店・本所 出張所 支店・支所	普通・当座　第　号 名義人

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
		㊞	（　）　－