様式第三十七号の二（表面）を次のように改める。

様式第37号の2（表面）

労働者災害補償保険

障害補償年金差額一時金支給請求書
障害年金差額一時金支給請求書
障害特別年金差額一時金支給申請書

①年金証書番号				②死亡労働者の	フリガナ	
					氏名	（男・女）
管轄局	種別	西暦年	番号		生年月日	年　月　日（　歳）
					死亡年月日	年　月　日

③請求人	氏名	生年月日	住所	死亡労働者との関係	請求人（申請人）の代表者を選任しないときはその理由
請求人		年　月　日			
		年　月　日			
		年　月　日			
		年　月　日			
		年　月　日			
		年　月　日			
		年　月　日			

④添付する書類その他の資料名	

上記により　障害補償年金差額一時金の支給を請求
　　障害年金差額一時金の支給を請求　します。
　　障害特別年金差額一時金の支給を申請

年　月　日

郵便番号　　電話番号　局　番

請求人
申請人　の
（代表者）

住　所

方

労働基準監督署長　殿

氏　名　　㊞

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 口座名義人