

療養の給付請求書記入例

様式第5号(裏面) 労働者災害補償保険
業災災害用
 療養補償給付たる療養の給付請求書

裏面に記載してある注意事項をよく読んで、記入してください。

標準字体

0	5	ア	カ	サ	タ	ナ	ハ	マ	ヤ	ラ	ワ
1	6	イ	キ	シ	チ	ニ	ヒ	ミ	リ	リ	ン
2	7	ウ	ク	ス	ツ	ヌ	フ	ム	ユ	ル	ロ
3	8	エ	ケ	セ	テ	ネ	ヘ	ホ	ヘ	レ	ワ
4	9	オ	コ	ソ	ト	ノ	ホ	モ	ヨ	ロ	ー

① 帳票種別: 34580
 ② 業務局番: [] [] [] [] [] []
 ③ 業油別: [] [] [] [] [] []
 ④ 保留: [] [] [] [] [] []
 ⑤ 処理区分: [] [] [] [] [] []

⑥ 前所(所業) ⑦ 業務 ⑧ 基幹 ⑨ 番号 ⑩ 検査号
 ⑪ 労働保険番号: 147103123456
 ⑫ 性別: 1 (男) ⑬ 労働者の生年月日: 534826
 ⑭ 労働者の生年月日: 240530
 ⑮ 再発年月日: [] [] [] [] [] []

⑯ 氏名: 厚労 太郎 (52歳)
 フリガナ: 厚労 太郎
 住所: 4代田区霞ヶ関 1-2-2
 郵便番号: 100-8916
 職種: 鋳物工
 職名: 第一工場長
 氏名: 〇〇 次男

⑰ 災害の原因及び発生状況
 (あ) どのような場所で (い) どのような作業をしているときに (う) どのような物又は環境に (え) どのような不安全又は有害な状態があった (お) どのような災害が発生したかを詳細に記入してください。
 鋳物工場内の2階倉庫から1階作業場に通じる階段において、木箱(65×45×20cm)を倉庫から搬出作業中、後ろ向きに階段を下り、足踏み外れ、約1m下に転落し、左足を捻挫した。

⑱ 指定病院等の名称: 〇〇病院
 所在地: 川崎市高津区千年 〇〇-〇
 電話番号: 044(000)局番 〇〇〇〇
 郵便番号: 213-XXXX

⑲ 傷病の部位及び状態: 左足関節捻挫

⑳ 事業の名称: 〇〇工業株式会社
 事業場の所在地: 川崎市川崎区榎町 〇-〇
 郵便番号: 210-XXXX
 事業主の氏名: 代表取締役 〇〇 一郎

⑳ 請求年月日: 24年6月4日
 請求人の氏名: 厚労 太郎
 住所: 4代田区霞ヶ関 1-2-2
 郵便番号: 100-8916

支不支給決定決議書

署長	次長	課長	係長	係	決定年月日
[]	[]	[]	[]	[]	[] [] [] [] [] []
調査年月日	[] [] [] [] [] []	復命書番号	第 [] 号	第 [] 号	第 [] 号

通勤災害の場合は様式第16号の3

事故の発生日時または発病の日時を正確に記入してください。

災害発生の実事を確認した人の職名と氏名を記入します。

職種はなるべく具体的に、作業内容がわかるように記入してください。

②どのような場所で、①どのような作業をしているときに、③どのような物または環境に、④どのような不安全または有害な状態があって、⑤どのような災害が発生したかをわかりやすく記入してください。

事業主の証明が必要です。

直接所属している事業場が上欄の事業場と異なる(一括適用の取扱いをしている支店、工場、工事現場等)場合に記入します。

自筆による署名の場合には、押印は必要ありません。

直接所属している事業場を管轄している労働基準監督署名を記入します。

派遣労働者について、療養補償給付のみの請求がなされる場合には、派遣先事業主は、派遣元事業主が証明する事項の記載内容が事実と相違ない旨裏面に記載してください。

標準字体で記入してください。

※印の欄は記入しないでください。

折り返す場合は、この所を谷に折り込んでください。

(この欄は記入しないでください)