

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 標準 | 字 | 体 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | い | ろ | 一 |
| アイ | ウ | エ | オ | カ | キ | ク | ケ | コ | サ | シ | ス | セ | ソ | タ | チ |
| ツ | テ | ト | ナ | ニ | ヌ | フ | ヘ | ホ | マ | ミ | ム | メ | モ | ヤ | ユ |
| ヨ | ラ | リ | ル | レ | ロ | ワ | ン | | | | | | | | |

事項をよく読んで、記入してください。

業務災害用 療養補償給付及び複数事業労働者療養給付たる療養の給付請求書

※帳票種別 ①管轄局署 ②業通別 ③保留 ④処理区分 ④受付年月日

3 4 5 9 0

⑤労働保険番号

⑧性別 ⑨労働者の生年月日 ⑩負傷又は発病年月日

⑫労働者の氏名 ⑬郵便番号 フリガナ 住所 職種

⑭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)どのような不安全な又は有害な状態があつて(お)どのような災害が発生したか(か)⑩と初診日が異なる場合はその理由を詳細に記入すること

⑮指定病院等の名称 所在地 電話 () -

⑯傷部の部位及び状態

⑰の者については、⑩、⑰及び⑱に記載したとおりであることを証明します。

事業の名称 電話 () -

事業場の所在地 〒 -

事業主の氏名 (法人その他の団体であるときはその名称及び代表者の氏名)

労働者の所属事業場の名称・所在地 電話 () -

(注意) 1 労働者の所属事業場の名称・所在地については、労働者が直接所属する事業場が一括適用の取扱いを受けている場合に、労働者が直接所属する支店、工事現場等を記載してください。
2 派遣労働者について、療養補償給付又は複数事業労働者療養給付のみの請求がなされる場合にあっては、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。

上記により療養補償給付又は複数事業労働者療養給付たる療養の給付を請求します。

労働基準監督署長 殿

〒 - 電話 () -

住所 () 方

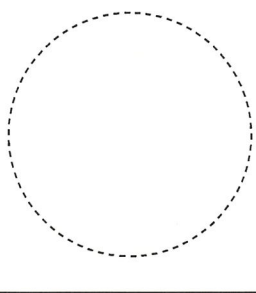
氏名

病院診療所 薬局 訪問看護事業者 請求人の

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。(職員が記入します。)

折り曲げる場合には(◀)の所を谷に折りさらに2つ折りにしてください。



| | | | | | | | | |
|-----------|-------|-----|----|----|---|--------|---|---|
| 支不支給決定決議書 | 署長 | 副署長 | 課長 | 係長 | 係 | 決定年月日 | ・ | ・ |
| | 調査年月日 | ・ | ・ | ・ | ・ | 不支給の理由 | | |
| | 復命書番号 | 第 | 号 | 第 | 号 | | 第 | 号 |

(この欄は記入しないでください。)

様式第5号(裏面)

| 有 | | ⑳その他就業先の有無 | |
|---|-----------------------------------|---|-----|
| 有 | 有の場合のその数 (ただし表面の事業場を含まない) 社 | 有の場合でいずれかの事業で特別加入している場合の特別加入状況 (ただし表面の事業を含まない) | |
| | | 労働保険事務組合又は特別加入団体の名称 | |
| 無 | 労働保険番号(特別加入) | 加入年月日 | |
| | | 年 | 月 日 |

[項目記入にあたっての注意事項]

- 1 記入すべき事項のない欄又は記入枠は空欄のままとし、事項を選択する場合には該当事項を○で囲んでください。(ただし、⑧欄並びに⑨及び⑩欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。)
- 2 ⑬は、災害発生の実事を確認した者(確認した者が多数のときは最初に発見した者)を記載してください。
- 3 傷病補償年金又は複数事業労働者傷病年金の受給権者が当該傷病に係る療養の給付を請求する場合には、⑤労働保険番号欄に左詰めで年金証書番号を記入してください。また、⑨及び⑩は記入しないでください。
- 4 複数事業労働者療養給付の請求は、療養補償給付の支給決定がなされた場合、遡って請求されなかったものとみなされます。
- 5 ㉔「その他就業先の有無」欄の記載がない場合又は複数就業していない場合は、複数事業労働者療養給付の請求はないものとして取り扱います。
- 6 疾病に係る請求の場合、脳・心臓疾患、精神障害及びその他二以上の事業の業務を要因とすることが明らかな疾病以外は、療養補償給付のみで請求されることとなります。

[その他の注意事項]

この用紙は、機械によって読取りを行いますので汚したり、穴をあけたり、必要以上に強く折り曲げたり、のりづけしたりしないでください。

| | | | |
|---------------|---|---------|---------|
| 派遣先事業主 証明欄 | 派遣元事業主が証明する事項(表面の⑩、⑰及び⑱)の記載内容について事実と相違ないことを証明します。 | | |
| | 年 月 日 | 事業の名称 | 電話() — |
| | | 事業場の所在地 | 〒 — |
| | | 事業主の氏名 | |
| | (法人その他の団体であるときはその名称及び代表者の氏名) | | |

| | | | |
|--------------------|----------------------|----|-------|
| 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 |
| | | | () — |