

請求書記載例

様式第5号(背面) 労働者災害補償保険
業務災害用

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上で、記入してください。

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

通勤災害の場合は様式第16号の3

標準種別	① 管轄局番	② 業種別	③ 保留	④ 受付年月日
※ 34550	□□□□	1	業種別	年月日
⑤ 労働保険番号	⑥ 労働者の生年月日	⑦ 性別	⑧ 労働者の生年月日	⑨ 傷病又は発病年月日
14103123456	533 826	1	533	530
⑩ 氏名	⑪ 職名	⑫ 職名	⑬ 氏名	⑭ 職名
山本 一郎	第一工場長	第一工場長	小林 次男	第一工場長
⑮ 災害の原因及び発生状況	⑯ 指定病院等の名称			
鉄物工場内の2階倉庫から1階作業場に通じる階段において、木箱(65x45x20cm)を倉庫から搬出作業中後向きに階段を下りていたため足を踏み外れ、約1.7m下に転落し、左足首を捻挫した。	田中病院			
	⑰ 傷病の部位及び状態			
	左足首関節捻挫			
	⑱ 事業場の所在地			
	川崎市川崎区榎町0-0			
	⑲ 事業主の氏名			
	代表取締役 高橋 一郎			
	⑳ 請求者の氏名			
	山本 一郎			

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。(職名は記入します。)

事故の発生日時又は発病の日時を正確に記入してください。

災害発生の事実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、③どのような作業をしているときに、④どのようなもの又は環境に、⑤どのような不安全又は有害な状態があって、⑥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。

折り曲げる場合は(4)の所を各1折りなら2つ折りにしてください。

(この欄は記入しないでください)