

業務災害用

療養補償給付たる療養の給付請求書

事項をよく読んだ上で、
記入してください。

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

標準字体

帳票種別 ①管轄局署 ②業通別 ③保留 ⑥処理区分
 ※ 3 4 5 8 0 □ □ □ □ 1 業 1 全レセ ※ □ □
 3 通 3 全給付

⑦支給・不支給決定年月日

日	年	月	日
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

⑤ 労働 保険 番号	府 県	所 掌	管 轄	基 幹 番 号						枝 番 号				
	2	6	3	0	1	9	3	0	9	2	0	9	1	5
	年金証書番号記入欄													

④受付年月日
年 月 日

⑦支給・不支給決定年月日
年 月 日

⑧性別 ⑨労働者の生年月日 ⑩負傷又は発病年月日
 元号 年 月 日 和暦年 月 日
 1男 2女 1明治 2大正 3昭和 4平成
 1～9日は右へ 1～9日は右へ 1～9日は右へ 1～9日は右へ 1～9日は右へ 1～9日は右へ

⑪再発年月日
年 月 日
※

[illegible]

※

13

 三者

1
3
5

 自
勞
他

働 者 の 職 種	氏 名		(歳)
	フリガナ		
	住 所		
	職 種	⑩郵便番号 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

⑬負傷又は発病の時刻	
午前 午後	時 分頃
⑭災害発生の事実を確認した者の職名、氏名	
職 名	
氏 名	

⑬ 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を詳細に記入してください。

②指定病院等の	名 称	電話番号	局番
	所在地	郵便番号	—

②① 傷病の部位及び状態	
--------------	--

⑫の者については、⑩、⑰及び⑲に記載したとおりであることを証明します。

年 月 日

事業の名称	社会福祉法人大原野児童福祉会	〒	分	日	局番
		電話番号	075-332-0666		

事業場の所在地	京都府京都市西京区大原野上羽町318	郵便番号	610 - 1131
---------	--------------------	------	------------

事業主の氏名	社会福祉法人大原野児童福祉会	理事長	櫛引雄一	(印)
--------	----------------	-----	------	-----

(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		電話番号	局番

(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たる療養の給付を請求します。

年 月 日

労働基準監督署長 殿		郵便番号	—	電話番号	局番
<div> <div> 病 院 診 療 所 薬 局 訪問看護事業者 </div> <div> 經由 </div> </div>	請求人の	住 所	(方)		
		氏 名	印		

支 不 給 給 決 定 決 議 書	署 長	次 長	課 長	係 長	係	決定年月日	・	・
						不 支 給 の 理 由		
	調査年月日	・	・	・	・			
	復命書番号	第 号	第 号	第 号	第 号			

(この欄は記入しなくても構いません)

※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。

標準字体で記入してください。

[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、欄及び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 は、災害発生的事実を確認した者(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、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、及びは記入しないでください。
- 4 「事業主の氏名」の欄及び「請求人の氏名」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ます。

[標準字体記入にあたっての注意事項]

□□□で表示された記入枠に記入する文字は、光学式文字読取装置で直接読取りを行
うので、以下の注意事項に従って、表面の右上に示す標準字体で記入してください。

- 1 筆記用具は黒ボールペンを使用してください。
- 2 記入枠からはみださないように書いてください。
(例) ア ア 7 7
- 3 「促音」「よう音」などは大きく書いてください。
(例) キッテ キツテ キョ キヨ
- 4 濁点、半濁点は1文字として書いてください。
(例) バ ハ゜ プ フ゜
- 5 特に以下のことに気をつけてください。
 - (1) シ ツ ソ ン は斜の弧を書きはじめるとき、小さくカギをつけて下さい。
 - (2) | はカギをつけないで垂直に書いてください。
 - (3) 4 の2本の縦線は上で閉じないでください。

[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、及び)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		局番
	事業の名称	電話番号	
	事業場の所在地	郵便番号	—
	事業主の氏名	印	
(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)			

表面の記入枠 を訂正したと きの訂正印欄	削字 印 加字	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
				印	