

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だ上で、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	ウ	ク	ス	ツ	ヌ	フ	ム	ユ	ル	ヽ
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 ※ **34550** ① 管轄局署 ② 業通別 **1** ③ 保留 ④ 受付年月日 年 月 日

⑤ 労働保険番号 ⑥ 処理区分 ※ ⑦ 支給・不支給決定年月日 年 月 日

⑧ 性別 男 女 ⑨ 労働者の生年月日 年 月 日 ⑩ 負傷又は発病年月日 年 月 日 ⑪ 再発年月日 年 月 日

⑫ シメイ(カタカナ); 姓と名の間は1文字あけて記入してください。 ⑬ 三者 ⑭ 特疾 ⑮ 特別加入者

労働者の氏名 (歳) ⑰ 負傷又は発病の時刻 午前 午後 時 分 頃
フリガナ
住所 ⑱ 災害発生の実を確認した者の職名、氏名
職名 氏名
⑯ 郵便番号 -

⑲ 災害の原因及び発生状況 ⑳ どのような場所で ㉑ どのような作業をしているときに ㉒ どのような物又は環境に ㉓ どのような不安全な又は有害な状態があつて ㉔ 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。

㉕ 指定病院等の名称 所在地 電話番号 局番 郵便番号

㉖ 傷病の部位及び状態

㉗の者については、㉘、㉙及び㉚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 電話番号 局番

事業場の所在地 郵便番号

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 電話番号 局番

(注意) 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している支店、工場、工事現場等の場合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
住所 (方)
氏名

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
不支給の理由

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。

(この欄は記入しないでください。)