様式第5号(表面) 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だ上で、記入してください。

標準字体 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 ゛ ゜ ー
アイウエオカキクケコサシスセソタチツテトナニヌ
ネノハヒフヘホマミムメモヤユヨラリルレロワン

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。）

項目	記入内容
※帳票種別	34590
①管轄局署	
②業通別（1業 3通）	1
③保留（1全レセ 3全給付）	
⑥処理区分	
④受付年月日（元号 年 月 日）	※
⑤労働保険番号（府県 所掌 管轄 基幹番号 枝番号）	22302932650999
年金証書番号記入欄	
⑦支給・不支給決定年月日（元号 年 月 日）	※
⑧性別（1男 3女）	1
⑨労働者の生年月日（1明治 3大正 5昭和 7平成）	5490826
⑩負傷又は発病年月日	7290408
⑪再発年月日（元号 年 月 日）	※
⑬三者（1自 3労 5他）	※
⑭特疾（1特定疾病）	
⑮特別加入者	

⑫労働者の

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。濁点・半濁点は1文字として記入してください。

サトウ サブロウ

氏名　佐藤 三郎（42歳）

住所　⑯郵便番号 435-0016
フリガナ　ハママツシ ヒガシク ワダチョウ
浜松市東区 和田町 1111-1

職種　鋳物工

⑰負傷又は発病の時刻　午前 10時 40分頃

⑱災害発生の事実を確認した者の職名、氏名
職名　工場長
氏名　鈴木 二郎

⑲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って(お)どのような災害が発生したかを詳細に記入すること

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っていたため、足を踏み外し、約1.7m下に転落し、左足首を捻挫した。

⑳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。　29年 5月 1日

事業の名称　株式会社ナナミ製作所　電話番号 (053) 421 局 6666 番

事業場の所在地　浜松市東区天龍川町838　郵便番号 435-0013

事業主の氏名　代表取締役社長　名波 和夫　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。　29年 5月 1日

浜松 労働基準監督署長 殿

病院・診療所・薬局・訪問看護事業者 経由

請求人の
郵便番号 435-0016　電話番号 (053) 421 局 1234 番
住所　浜松市東区和田町1111-1（ 方）
氏名　佐藤 三郎　印

支給・不支給決定決議書	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				

（この欄は記入しないでください。）

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。