

# 請求書記載例

様式第5号(表面) 労働者災害補償保険

裏面に記載してある注意事項をよく読んで、記入してください。

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

## 療養補償給付たる療養の給付請求書

紙票種別	① 管轄局署	② 業通別	③ 保留	④ 受付年月日
※ 34550	□□□□	1	□□□□	□□/□□/□□
⑤ 労働保険番号	⑥ 労働者の氏名	⑦ 性別	⑧ 労働者の生年月日	⑨ 負傷又は発病年月日
14103123456	山本 一郎	男	19530826	20050311
⑩ 労働者の住所	⑪ 職名	⑫ 職種	⑬ 災害発生の事実を確認した人の職名・氏名	⑭ 負傷又は発病の時刻
川崎市川崎区宮前町0-0	第一工場長	鋳物工	小林 次夫	午後10時40分頃
⑮ 災害の原因及び発生状況				
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り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。				
⑯ 指定病院等の名称	田中病院	⑰ 所在地	川崎市高津区千年00-0	⑱ 傷病の部位及び状態
				左足首関節捻挫
⑲の者については、⑳、㉑及び㉒に記載したとおりであることを証明します。				
事業の名称	高橋機械工業株式会社	⑳ 事業場の所在地	川崎市川崎区榎町0-0	㉑ 事業主の氏名
				代表取締役 高橋 一郎
労働者の所属事業場の名称・所在地	高橋機械工業株式会社	⑳ 事業場の所在地	川崎市川崎区榎町0-0	㉑ 事業主の氏名
				代表取締役 高橋 一郎
上記より療養補償給付たる療養の給付を請求します。				
請求人の氏名	山本 一郎	住所	川崎市川崎区宮前町0-0	請求人の氏名
署長	次長	課長	係長	係
調査年月日	復命書番号	第	号	第

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。(風印が記入します。)

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。

④どのような場所で、⑤どのような作業をしているときに、⑥どのような物又は環境に、⑦どのような不安又は有害な状態があって、⑧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。

この欄は記入しないでください。

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	。
3	8	エ	ケ	セ	テ	ネ	ヘ	メ	レ	ハ	
4	9	オ	コ	ソ	ト	ノ	ホ	モ	ヨ	ロ	ー

標準字体

業務災害用

療養補償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	⑥処理区分
※ 3 4 5 8 0		1 業通 3	1 全レセ 3 全給付	※
⑤労働保険番号	④受付年月日	⑦支給・不支給決定年月日		
府県 所掌 管轄 基幹番号 枝番号	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 ⑪再発年月日	※			
1男 3女	1明治 3大正 5昭和 7平成	1~9月は右へ		1~9日は右へ
⑫ 氏名 (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		
氏名		※		
フリガナ		⑯負傷又は発病の時刻		
住所		午前 午後 時 分頃		
職種		⑰災害発生の事実を確認した者の職名、氏名		
⑱災害の原因及び発生状況		職名 氏名		
(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。		⑱ 郵便番号		
⑳指定病院等の名称 所在地		電話番号 局番 郵便番号		
㉑傷病の部位及び状態		-		
㉒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。		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)		⑲		
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 局番 電話番号		
病 院 所 経 由 請求人の 住所 (方)		氏名 印		
支 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		

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。)

**[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、災害発生の事実を確認した者(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<sup>7</sup> 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<sup>ゝ</sup> プ フ<sup>゜</sup>
- 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) | はカギをつけずに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	電話番号	局番
	事業の名称	郵便番号	—
	事業主の氏名 <small>(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)</small>	④	

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	