

様式第5号

通勤災害の場合は
様式第 16 号の 3

様式第5号(表面) 労働者災害補償保険 業務災害用

事項をよく読んだ上で、記入してください。

療養補償給付たる療養の給付請求書

※ 帳票種別		①管轄局番		②業通別		③保留		④処理区分		⑤受付年月日	
34590				1		1金シメ 3金納付				※	
⑥労働保険番号		⑦性別		⑧労働者の生年月日		⑨負傷又は発病年月日		⑩再発年月日		⑪支給 不支給決定年月日	
13307		男		5570816		7260727		※		※	
⑫労働者の氏名		⑬郵便番号		⑭住所		⑮職名		⑯災害発生時刻		⑰災害発生事由を確証した者の職名 氏名	
東食太郎		100-0013		東京都千代田区霞が関1-1-1		調理師		前10時40分頃		店長 福祉次男	
⑱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)どのような物又は機械に (え)どのような不安定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すること									
調理場で食材を運搬中、足元にあった段差(10cm)につまずき前向きに転倒し、左肘を強打した。											
⑲指定病院等の名称		所在地		電話番号		郵便番号		局番		医療機関記入欄	
⑳傷部の部位及び状態											
⑳の者については、㉑、㉒及び㉓に記載したとおりであることを証明します。											
事業の名称		事業場の所在地		事業主の氏名		労働者の所属事業場の名称		電話番号		局番	
事業団商店株式会社		渋谷区神宮前2-6-1		代表取締役 事業団 一郎		事業団 一郎		電話番号		局番	
26年7月28日		03-3404		150-0001		0011		0000		0000	
(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 括適用の取扱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つては、派遣元事業主は 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。		請求人の氏名		住所		郵便番号		電話番号		局番	
渋谷 労働基準監督署長 殿		東食太郎		東京都千代田区霞が関1-1-1		100-0013		03-000		0000	
支払決定協議書		調査年月日		復命書番号		第 号		第 号		第 号	

事故の発生日時または発病の日時を正確に記入してください。

災害発生の実情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、①どのような
作業をしていると
きに、⑤どのよ
うな物または環境
に、②どのような
不安全または有害
な状態があって、
③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
場を管轄している労働
基準監督署名を記入し
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。