



赤い枠内の下線は必ずご記入ください

様式第5号(表面) 労働者災害補償保険

表面に記載してある注意

標準字体

業務災害用
複数事業場因災害用

事項をよく読んだ上で、
記入してください。

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		

療養補償給付及び複数事業労働者
療養給付たる療養の給付請求書

※ 帳票種別 ①管轄局署 ②業種別 ③保留 ⑥処理区分 ④受付年月日

3 4 5 9 0 1 1 3 1 1 3 1 1 3 1 1 3

標準字体で記入してください。

⑤ 府県 所管 管轄 基幹番号 枝番号

3 4 1 0 1 4 5 6 7 8 9 0 0 0

⑧性別 ⑨労働者の生年月日 ⑩負傷又は発病年月日

1 5 5 8 0 1 0 1 9 0 7 0 6 2 4

⑫ 姓(カタカナ) ⑬ 氏名

ヤマダ タロウ 山田太郎 (43歳)

⑭ 郵便番号 ⑮ フリガナ ⑯ 住所

7 3 0 - 0 0 3 2 ヒロシマシナカクタマチ 広島市中区立町1番24号

⑫ 兼業 ⑦支給・不支給決定年月日

1 1 3 1 1 3

⑭ 請求 ⑪再発年月日

1 1 3 1 1 3

⑮ 複災 ⑯ 三者 ⑰ 時疾 ⑱ 特別加入者

1 1 3 1 1 3 1 1 3 1 1 3

⑲ 傷病性質(業)

1 1 3

⑳ 負傷又は発病の時刻 ㉑ 災害発生の事実を
確認した者の職名、氏名

前 3時00分頃 職名: 氏名:

㉒ 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(か)⑩と初診日が異なる場合はその理由を詳細に記入すること

㉓ 指定病院等の 名称 所在地 電話() -

㉔ 傷病の部位及び状態

㉕ ⑫の者については、⑩、⑬及び⑮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() -

事業場の所在地 電話() -

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() -

(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、療養補償給付又は複数事業労働者療養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又は複数事業労働者療養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 住所 (方) 氏名

支不支給決定決議書 署長 副署長 課長 係長 係 決定年月日

※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。)