

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。

療養補償給付たる療養の給付請求書

0	5	ア	カ	サ	タ	ナ	ハ	マ	ヤ	ラ	ワ
1	6	イ	キ	シ	チ	ニ	ヒ	ミ	リ	ニ	ン
2	7	ウ	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		

報告種別 ① 管轄局署 ② 業通別 ③ 保留 ④ 受付年月日

※ 3 4 5 5 0

⑤ 労働保険番号 ⑥ 性別 ⑦ 労働者の生年月日 ⑧ 負傷又は発病年月日 ⑨ 処理区分 ⑩ 支給・不支給決定年月日

⑪ 再発年月日

⑫ 三者 ⑬ 特災 ⑭ 特別加入者

⑮ 氏名 ( 歳) ⑯ 負傷又は発病の時刻

午前 午後 時 分 項

⑰ 災害発生の事実を補証した者の職名、氏名

職名 氏名

⑱ 災害の原因及び発生状況 ⑲ どのような場所で ⑳ どのような作業をしているときに ㉑ どのような物又は環境に ㉒ どのような不安全な又は有害な状態があって ㉓ どのような災害が発生したかを詳細に記入すること

⑳ 指定病院等の 名称 所在地 電話番号 郵便番号 局番

㉔ 傷病の部位及び状態

㉕ ㉖の者については、㉗、㉘及び㉙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) 代表者印を押印してください

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					不支給の理由
復命書番号	第 号	第 号	第 号		

標準字体で記入してください。負傷・発病日に記載しない場合は、受診日の記載を記入してください。

※印の欄は記入しないでください。(職員が記入します。)

必ず記入してください  
現認者がいない場合は  
報告を受けた方

折り返せる場合は、必ず記入の所を封筒に貼り、2つ折りにしてください。  
継続一括事業及び有期事業の場合は直属の事業場の名称・所在地を  
朱肉を使用した印を押印し

請求人は負傷した本人です。電話番号も忘れずに記入し