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	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	゛
4	9	オ	コ	ソ	ト	ノ	ホ	モ	ヨ	ロ	ー

標準字体で記入してください。

帳票種別　※ 34580

①管轄局署 □□□□

②業通別 1（1業 3通）

③保留 □（1全レセ 3全給付）

⑥処理区分 ※ □□

⑤労働保険番号（府県｜所掌｜管轄｜基幹番号｜枝番号）　14101000000000

年金証書番号記入欄

④受付年月日　年 月 日 □□□□□□

⑦支給・不支給決定年月日　年 月 日 □□□□□□

⑧性別　（1男 3女）3

⑨労働者の生年月日　（1明治 3大正 5昭和 7平成）元号 7　年 03　月 10　日 30

1～9年は右へ　1～9月は右へ　1～9日は右へ

⑩負傷又は発病年月日　和暦年 25　月 12　日 26

1～9年は右へ　1～9月は右へ　1～9日は右へ

⑪再発年月日　※ 年 月 日 □□□□□□

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。

シ゛ンシ゛ ハナコ

氏　名　人 事　花 子　（22歳）

フリガナ　カナカ゛ワケンヨコハマシニシクミナトミライ

住　所　神奈川県横浜市西区みなとみらい０－０－０

⑯郵便番号　220－0012

職　種　コンサルティンク゛業

⑬三者　※ □（1自 3労 5他）

⑭特疾　□（1特定疾病）

⑮特別加入者　□□

⑰負傷又は発病の時刻

午 前/[✓ 後]　2 時 30 分頃

⑱災害発生の事実を確認した者の職名、氏名

職名　総務部長

氏名　社労老師

通常は被災労働者の上司などになります。

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してください。

書類を断裁するために大型カッターを使用したところ
器具の動作が錆により鈍くなっており、勢い余って指を負傷した。

⑳指定病院等の

名　称　みなとみらい労災病院　電話番号　045（000）0000 局番

所在地　神奈川県横浜市西区みなとみらい　郵便番号　220－0012

㉑傷病の部位及び状態　左手人差指を深く切傷

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。　25 年 12 月 26 日

事業の名称　ビジネスサポートセンター株式会社　電話番号　045（664）0422 局番

事業場の所在地　神奈川県横浜市中区本町2-15-7F　郵便番号　231－0005

事業主の氏名　代表取締役　平川 将　㊞

（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。

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。

上記により療養補償給付たる療養の給付を請求します。　25 年 12 月 26 日

横浜南　労働基準監督署長　殿

みなとみらい労災　（[✓ 病院]　診療所　薬局　訪問看護事業者）経由

請求人の
郵便番号　220－0012　電話番号　045（000）0000 局番
住　所　横浜市西区みなとみらい０－０－(０　方)
氏　名　人事　花子　印

不支給 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。）