

裏面に記載してある注意
事項をよく読んだ上で、
記入して下さい。

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

標準字体

通勤災害用

療養給付たる療養の給付請求書

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。

帳票種別	①管轄局署	②業通別	③保留	⑥処理区分
※ 34580	□□□□	3 1業通 3	1全レテ 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
1410100000000000	□□□□□□	□□□□□□

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
3 (男)	0310030	260115	※ □□□□□□

⑫シ	⑬三者	⑭特別加入者
ン	※ □	□□

氏名	人事 花子 (22歳)	⑰第三者行為災害
フリガナ	カナガワケンヨコハマシニシクミナトミライ	該当する <input checked="" type="radio"/> 該当しない
住所	神奈川県横浜市西区みなとみらい〇-〇-〇	⑱健康保険日雇特例被保険者手帳の記号及び番号
職種	コンサルティング業	⑲郵便番号 220-0012

⑲通勤災害に関する事項	裏面のとおり
⑳指定病院等の名称	みなとみらい労災病院
所在地	神奈川県横浜市西区みなとみらい
⑳傷部の部位及び状態	右手首を骨折

⑫の者については、⑩並びに裏面の㊸、㊹、㊺、㊻、㊼、㊽、㊾、㊿(通常の通勤の経路及び方法に限る。)及び㊿に記載したとおりであることを証明します。

事業の名称	ビジネスサポートセンター株式会社	26年 1月 15日
事業場の所在地	神奈川県横浜市中区本町2-15-7F	電話番号 045(664)局番 0422
事業主の氏名	代表取締役 平川 将	郵便番号 231-0005

労働者の所属事業場の名称・所在地	〒
(注意) 1 事業主は、裏面の㊸、㊹及び㊿については、知り得なかった場合には証明する必要がないので、知り得なかった事項の符号を消してください。	
2 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。	
3 派遣労働者について、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。	

上記により療養給付たる療養の給付を請求します。

横浜南 労働基準監督署長 殿	26年 1月 15日
〒 220-0012	局番
住所 横浜市西区みなとみらい〇-〇-〇 (方)	電話番号
氏名 人事 花子	局番

支不支給決定決定書	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	この欄は記入しないで下さい。	
	復命書番号	第 号	第 号	第 号	第 号			

① 災害時の通勤の種別 (該当する記号を記入)	イ	イ. 住居から就業の場所への移動 ハ. 就業の場所から他の就業の場所への移動 ニ. イに先行する住居間の移動	ロ. 就業の場所から住居への移動 ホ. ロに接続する住居間の移動
㊦ 負傷又は発病の年月日及び時刻	26年 1月 15日		午後 8時 50分頃
㊧ 災害発生 の場所	横浜市 中区 本町2-20 三井住友銀行 横浜支店前	就業の場所 (災害時の通勤の種別がハに該当する場合は移動の終点たる就業の場所)	横浜市 中区 本町2-15 横浜 大同生命ビル7階
㊨ 就業開始の予定年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別がイ、ハ又はニに該当する場合は記載すること)	26年 1月 15日		午後 9時 00分頃
㊩ 住居を離れた年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別がイ、ニ又はホに該当する場合は記載すること)	26年 1月 15日		午後 8時 30分頃
㊪ 就業終了の年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別がロ、ハ又はホに該当する場合は記載すること)	年 月 日		午後 時 分頃
㊫ 就業の場所を離れた年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別がロ又はハに該当する場合は記載すること)	年 月 日		午後 時 分頃
① 災害時の通勤の種別に関する移動の通常の経路、方法及び所要時間並びに災害発生の日に住居又は就業の場所から災害発生 の場所に至った経路、方法、所要時間その他の状況	<p>自宅 ⇒ 横浜駅 (徒歩10分) ⇒ 関内駅 (根岸線5分) ⇒ 会社 (徒歩5分)</p> <p>↑ JR関内駅</p> <p>三井住友銀行</p> <p>会社</p> <p>みなとみらい線 馬車道駅→</p> <p>[通常の通勤所要時間 0 時間 30 分]</p>		
② 災害の原因及び発生状況	JR関内駅から会社まで徒歩で向かう途中、本町通りに面した三井住友銀行横浜支店(横浜市中区本町2-20)前の公道で、歩道の縁石につまづき転倒したため、右手首を骨折した。		
⑬ 現認者の住所	横浜市 中区 本町2-15 7階	電話番号	045 (664) 0422 局番
氏名	総務部長 社労老師		
⑭ 転任の事実の有無 (災害時の通勤の種別がニ又はホに該当する場合)	有 ・ 無	⑮ 転任直前の住居に係る住所	

現任者は、会社到着後に報告を受けた上司など、病院に搬送された場合などは病院にて確認をした者となります。

- 【項目記入にあたっての注意事項】**
- 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当該事項を○で囲んで下さい。(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下さい。)
 - 傷病年金の受給権者が当該傷病にかか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で年金証書番号を記入して下さい。また、㊦及び㊧は記入しないで下さい。
 - ㊨は、請求人が健康保険の日雇特例被保険者でない場合には記載する必要はありません。
 - ㊩は、災害時の通勤の種別がハの場合には、移動の終点たる就業の場所における就業開始の予定時刻を、ニの場合には、後続するイの移動の終点たる就業の場所における就業開始の予定の年月日及び時刻を記載して下さい。
 - ㊪は、災害時の通勤の種別がハの場合には、移動の起点たる就業の場所における就業終了の年月日及び時刻を、ホの場合には、先行するロの移動の起点たる就業の場所における就業終了の年月日及び時刻を記載して下さい。
 - ㊫は、災害時の通勤の種別がハの場合には、移動の起点たる就業の場所を離れた年月日及び時刻を記載して下さい。
 - ㊬は、通常の通勤の経路を図示し、災害発生 の場所及び災害発生 の日に住居又は就業の場所から災害発生 の場所に至った経路を朱線等を用いてわかりやすく記載するとともに、その他の事項についてもできるだけ詳細に記載して下さい。
 - ㊭は、どのような場所を、どのような方法で往復している際に、どのような物で又はどのような状況において、どのようにして災害が発生したかをわかりやすく記載して下さい。
 - 「事業者の氏名」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、光字式文字読取装置で直接読取りを行いますので、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下さい。
- 筆記用具は黒ボールペンを使用し、記入枠からはみださないように書いて下さい。
- 「促音」「よう音」などは大きく書き、濁点、半濁点は1文字として書いて下さい。
- (例) キッテ → キョ → バ →
- 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。
 - はカギをつけなくて垂直に、 の2本の縦線は上で閉じないで書いて下さい。

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⑩並びに㊦、㊧、㊨、㊩、㊪、㊫、㊬、㊭(通常の通勤の経路及び方法に限る。)及び⑰) 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
	事業の名称
	事業場の所在地
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)	

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 印	電話番号
--------------------	-----------	--------------------	----------------------	---------	------