

療養の給付請求書記入例

様式第5号(表面) 労働者災害補償保険
 療養給付
 複数事業場被災者用
 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

表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。

標準字体

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	。	一
ア	イ	ウ	エ	オ	カ	キ	ク	ケ	コ	サ	シ
シ	ス	セ	ソ	タ	チ	ツ	テ	ト	ナ	ニ	ノ
ハ	ヒ	フ	ヘ	ホ	マ	ミ	ム	メ	モ	ヤ	ユ
ラ	リ	ル	レ	ロ	ワ	ヰ	ン				

※ 療養補償給付の種類 ①管轄局番 ②業種別 ③保留 ④処理区分 ⑤受付年月日

⑥労働保険番号 ⑦支給・不支給決定年月日

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

⑫氏名 ⑬住所 ⑭職名 ⑮災害発生の事実を確認した者の職名、氏名

⑯災害の原因及び発生状況

⑰指定病院等の名称 ⑱傷部の部位及び状態

⑲事業主の氏名 ⑳事業場の所在地

㉑事業主の氏名 ㉒事業場の所在地

㉓事業主の氏名 ㉔事業場の所在地

㉕事業主の氏名 ㉖事業場の所在地

㉗事業主の氏名 ㉘事業場の所在地

㉙事業主の氏名 ㉚事業場の所在地

㉛事業主の氏名 ㉜事業場の所在地

㉝事業主の氏名 ㉞事業場の所在地

㉟事業主の氏名 ㊱事業場の所在地

㊲事業主の氏名 ㊳事業場の所在地

㊴事業主の氏名 ㊵事業場の所在地

㊶事業主の氏名 ㊷事業場の所在地

㊸事業主の氏名 ㊹事業場の所在地

㊺事業主の氏名 ㊻事業場の所在地

㊼事業主の氏名 ㊽事業場の所在地

㊾事業主の氏名 ㊿事業場の所在地

支不支給決定決定書

署長	副署長	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	第

この用紙には災害の発生した事業場または主に負荷があったと考える事業場について記載してください。

通勤災害の場合は様式第16号の3

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。

災害発生の事実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。

⑤どのような場所で、⑥どのような作業をしているときに、⑦どのような物または環境に、⑧どのような不安全または有害な状態があって、⑨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。負傷又は発病年月日と初診日が異なる場合はその理由も記入してください。

事業主の証明が必要です。支店長等が事業主の代理人として選任されている場合、当該支店長等の証明を受けてください。

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。

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。

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(4)の所を念に折りさらに2つ折りにしてください。

様式第5号(裏面)

②その他就業先の有無	
有 有の場合のその数 (ただし表面の事業場を含まない)	有の場合でいずれかの事業で特別加入している場合の特別加入状況 (ただし表面の事業を含まない)
無 社	労働保険事務組合又は特別加入団体の名称
労働保険番号(特別加入)	加入年月日 年 月 日

複数の事業場で就業されている場合、「有」に○をつけ、事業場数を記入してください。

複数の事業場で就業されている場合で、かつ特別加入している場合に記入してください。

[項目記入にあたっての注意事項]

- 1 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該当事項を○で囲んでください。(ただし、⑧欄並びに⑨及び⑩欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。)
- 2 ⑩は、災害発生の事実を確認した者(確認した者が多数のときは最初に発見した者)を記載してください。
- 3 傷病補償年金又は複数事業労働者傷病年金の受給権者が当該傷病に係る療養の給付を請求する場合には、⑤労働保険番号欄に左詰めで年金証書番号を記入してください。また、⑨及び⑩は記入しないでください。
- 4 複数事業労働者療養給付の請求は、療養補償給付の支給決定がなされた場合、遡って請求されなかったものとみなされます。
- 5 ②「その他就業先の有無」欄の記載がない場合又は複数就業していない場合は、複数事業労働者療養給付の請求はないものとして取り扱います。
- 6 疾病に係る請求の場合、脳・心臓疾患、精神障害及びその他二以上の事業の業務を要因とすることが明らかでない疾病以外は、療養補償給付のみで請求されることとなります。

[その他の注意事項]

この用紙は、機械によって読取りを行いますので汚したり、穴をあけたり、必要以上に強く折り曲げたり、のりづけしたりしないでください。

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、⑪及び⑫)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	電話() -
		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)	

派遣労働者の方で、療養(補償)等給付のみの請求である場合には、派遣先事業主から、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ことの証明を受けてください。

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	電話番号
			() -

通勤災害の場合

様式第16号の3(裏面)

通勤災害に関する事項	
(イ) 災害時の通勤の種別 (該当する記号を記入)	イ. 住居から就業の場所への移動 ロ. 就業の場所から住居への移動 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 ホ. ロに接続する住居間の移動
(ロ) 負傷又は発病の年月日及び時刻	令和2年 6月 17日 午後 8時 45分頃
(ハ) 災害発生の場所	飯田市桜町〇丁目 桜町銀行本店前市道
(ホ) 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)	令和2年 6月 17日 午後 9時 00分頃
(ヘ) 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)	令和2年 6月 17日 午後 8時 00分頃
(ト) 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 午前 時 分頃
(チ) 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 午前 時 分頃
(リ) 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	 [通常の通勤所要時間 時間 50分]
(ヌ) 災害の原因及び発生状況 (ア) どのような場所を いどのような方法で移動している際に (ウ) どのような物で又はどのような状況において (エ) どのようにして災害が発生したか (オ) 傷との初診日が異なる場合はその理由を簡明に 記載すること	JR桜町駅から会社まで徒歩で出勤中、桜町〇丁目桜町銀行本店前の市道で道路の縁石につまづき、転倒し、左手首を骨折した。
(ル) 現認者の住所	飯田市桜町〇-〇
(ル) 現認者の氏名	〇〇ヒサ 電話(000)000-0000
(ヲ) 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 (ワ) 転任直前の住居に係る住所
◎その他就業先の有無	
有	有の場合その数(ただし表面の事業場を含まない)
無	有の場合でいずれかの事業場特別加入している場合の特別加入状況(ただし表面の事業場を含まない)
社	労働保険事務組合又は特別加入団体の名称
加入年月日	年 月 日

通勤災害の場合に記載します。

災害時の通勤の種別について、該当する記号を記入してください。

通勤の種別により、記入項目が異なります。

災害時の通勤の種別に関する移動の通常の通勤経路、方法、所要時間と、災害発生の日に住居または就業の場所から災害発生の場所に至った経路、方法、所要時間をわかりやすく記入してください。なお、地図を貼付してそれに書き入れることや、適宜別紙に記載してあわせて提出することも可能です。

どのような場所で、どのような状態で、どのようにして災害が発生したかを、わかりやすく記入してください。負傷又は発病の年月日と初診日が異なる場合はその理由も記入してください。

災害発生の事実を確認した方の氏名を記入してください。該当者がいない場合は、災害発生の報告を受けた事業場の方の職名、氏名を記入してください。

複数の事業場で就業されている場合で、かつ特別加入している場合に記入してください。

複数の事業場で就業されている場合、「有」に〇をつけ、事業場数を記入してください。

派遣労働者の方で、療養(補償)等給付のみの請求である場合には、派遣先事業主から、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ことの証明を受けてください。

- [項目記入に当たっての注意事項]
- 記入すべき事項のない欄又は記入欄は空欄のままとし、事項を選択する場合には当該事項を〇で囲んでください。(ただし、④並びに⑨及び⑩欄の元号については該当番号を記入枠に記入してください。)
 - 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、⑤労働保険番号欄に左詰で年金証書番号を記入してください。また、⑨及び⑩は記入しないでください。
 - ⑧は、請求人が健康保険の被保険者でない場合には記載する必要はありません。
 - (ホ)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開始の予定時刻を、ニの場合には、後続するイの移動の起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ください。
 - (ト)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ください。
 - (チ)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ください。
 - (リ)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ください。

- [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、光学式文字読取装置(OCR)で直接読取を行いますので、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ください。
- 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ください。
 - 「促音」「よう音」などは大きく書き、濁点、半濁点は1文字として書いてください。
(例) キッテ → **キツテ** キョ → **キヨ** バ → **ハ**
 - シツソソ** は斜の弧を書き始めるとき、小さくカギを付けてください。
 - I** はカギを付けないで垂直に、**U** の2本の縦線は上で閉じないで書いてください。

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⑧並びに(ロ)、(ハ)、(ニ)、(ホ)、(ト)、(チ)、(リ)(通常の通勤の経路及び方法に限る。))の記載内容について事実と相違ないことを証明します。
	事業の名前 _____ 電話() - _____
	年 月 日 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)

社会保険 労働士 記載欄	作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示 _____	氏名 _____	電話番号 _____
--------------------	----------------------------	----------	------------

指定医療機関等を変更するとき

様式第6号(表面)

労働者災害補償保険

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を受ける指定病院等(変更)届

渋谷

労働基準監督署長 殿

令和2年 8月 9日

△ △	病院 診療所 薬局 訪問看護事業者	〒 100-8916 電話(〇〇) 〇〇〇〇-〇〇〇〇
住所 千代田区霞が関1-2-2		方
届出人の氏名 厚労 太郎		

※変更前の医療機関が非指定医療機関である場合など、初めて指定医療機関を受診する際は、様式第6号及び様式第16号の4ではなく、様式第5号または様式第16号の3をご提出ください。

通勤災害の場合は様式第16号の4

下記により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を受ける指定病院等(変更するので)届けます。

① 労働保険番号				③ 氏名 厚労 太郎 (男・女)	④ 負傷又は発病年月日		
府県	所掌	管轄	基幹番号		枝番号	令和2年 7月 4日	
13	10	79	87	65	40	00	午前(後) 4時00分頃
② 年金証書の番号				生年月日 昭和〇〇年 11月 10日(〇〇歳)	労働者の住所 千代田区霞が関1-2-2		
管轄局	種別	西暦年	番号	職種 プレス工			
⑤ 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を簡明に記載すること。 プレス工場において材料(重ねた鉄板、重量約70kg)を同僚と2人で運搬し、プレス機の前の床におろす際、あやまって手をすべらせて、持っていた鉄板とコンクリートの床面との間に左手第2・3指をはさまれて負傷したものと。							
③の者については、④及び⑤に記載したとおりであることを証明します。 令和2年 8月 8日 事業の名称 〇〇工業株式会社 〒 167-×〇×〇 電話(〇〇)〇〇〇〇-〇〇〇〇 事業場の所在地 杉並区井草〇-〇 事業主の氏名 代表取締役 〇〇良助 (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)							
⑥ 指定病院等の変更	変更前の名称	〇〇北病院		労災指定医番号		〒〇〇〇-×〇×〇	
	変更前の所在地	杉並区井草〇-〇-〇					
	変更後の名称	△△病院				〒〇〇〇-〇×〇×	
変更後の所在地	渋谷区代々木〇-〇						
変更理由	通院療養のため、自宅からの距離が短い病院にかえたため。						
⑦ 傷病補償年金又は複数事業労働者傷病年金の支給を受けることとなった後に療養の給付を受けようとする指定病院等の名称	〇〇						
所在地	〒						
⑧ 傷病名	左手示指基節骨々折、左手中指挫傷						

事故の発生日時または発病の日を正確に記入してください。

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。

⑧どのような場所で、①どのような作業をしているときに、②どのような物または環境に、③どのような不安全または有害な状態があつて、④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。支店長等が事業主の代理人として選任されている場合、当該支店長等の証明を受けてください。ただし、離職後に届ける場合には、必要ありません。

傷病補償年金または複数事業労働者傷病年金の支給を受けることとなった後に療養の給付を受けようとする指定病院等を記入してください。

様式第6号(裏面)

⑨その他就業先の有無	
有	有の場合のその数 (ただし表面の事業場を含まない)
無	有の場合でいずれかの事業で特別加入している場合の特別加入状況(ただし表面の事業を含まない) 労働保険事務組合又は特別加入団体の名称
労働保険番号(特別加入)	加入年月日 年 月 日

複数の事業場で就業されている場合、「有」に○をつけ、事業場数を記入してください。

[注意]

- 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該当事項を○で囲むこと。
- 傷病補償年金又は複数事業労働者傷病年金の受給権者が当該傷病に係る療養に関しこの届書を提出するときは
 - ①、④及び⑤は記載する必要がないこと。
 - 事業主の証明は受ける必要がないこと。
- 傷病補償年金又は複数事業労働者傷病年金の受給権者が当該傷病に係る療養に関しこの届書を提出する場合以外の場合で、その提出が離職後であるときには事業主の証明は受ける必要がないこと。
- 複数事業労働者療養給付の届出は、療養補償給付の支給決定がなされた場合、遡って届出されなかったものとみなすこと。
- ⑨「その他就業先の有無」欄の記載がない場合又は複数就業していない場合は、複数事業労働者療養給付の届出はないものとして取り扱うこと。
- 疾病に係る請求の場合、脳・心臓疾患、精神障害及びその他二以上の事業の業務を要因とすることが明らかな疾病以外は、療養補償給付のみで届出されることとなること。

複数の事業場で就業されている場合で、かつ特別加入している場合に記入してください。

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	電話番号
			() —



労災 請求書

検索

請求書は、厚生労働省ホームページからダウンロードできます。

(<https://www.mhlw.go.jp/bunya/roudoukijun/rousaihoken06/03.html>)

トップページ「分野別の政策一覧」雇用・労働＞労働基準＞労災補償＞労災保険給付関係請求書等ダウンロード