

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。

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

478

帳票種別		①管轄局署		②業種別		③保留		④処理区分	
※34580				1業種		1金レシ		※01	
				3通		3金給付			
⑤府県所管管轄基幹番号技番号		⑥受付年月日		⑦支給・不支給決定年月日					
労働保険番号0118931616100									
年金証書番号記入欄		⑧性別		⑨労働者の生年月日					
		(男) / (女)		元月日					
		1男 3女		1月3日					
		⑩負傷又は発病年月日		⑪再発年月日					
		知照年月日		元月日					
		2535		※					
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。		⑬三者		⑭特疾					
氏名		※		1自 3労 5他					
フリガナ		⑮特別加入者		1特定 疾病					
住所		⑯負傷又は発病の時刻							
職種		前 後 11時10分頃							
⑰郵便番号		⑱災害発生の実事を確認した者の職名、氏名							
061-1441		職名							
現認者又は報告を受けた者		氏名							
⑲災害の原因及び発生状況		⑳指定病院等の		㉑傷部の部位及び状態					
(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詳細に記入してください。		名称		右足関節脱臼骨折					
口型の歯で歯のわらわを削っている際、足を踏んで腰骨をぶねり骨折した。		所在地		電話番号					
		恵庭市		2333番					
		恵庭市東中米2丁目1-1		郵便番号					
		25年3月6日		061-1449					
⑲の者については、⑩、⑪及び⑫に記載したとおりであることを証明します。 事業の名称はゴム製靴製造工場(無)を〇印して下さい(有・無)		事業の名称		95					
事業場の所在地		電話番号		局番					
事業主の氏名		郵便番		局番					
(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)		電話番号		局番					
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、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、療養補償給付の請求がなされた場合には、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。		電話番号		局番					
上記により療養補償給付たる療養の給付を請求する。		25年3月6日		局番					
札幌東労働基準監督署長 殿		郵便番号		局番					
札幌東		住所		電話番号					
病診療院經由		氏名							
訪問看護事業者									
支払決定決議書		署長		次長					
		課長		係長					
		保		保					
		決定年月日		25.4.24					
		調査年月日							
		復命書番号		第号第号第号第号					

※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。

シヤチハタ印は
使用しないので下
でください

標準字体で記入してください。

必ず記入して下さい

必ず記入して下さい