

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	ヽ
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

帳票種別 ※ **34550** ① 管轄局署     ② 業通別 **1** ③ 保留  ④ 受付年月日 年 月 日

⑤ 労働保険番号           ⑥ 処理区分 ※   ⑦ 支給・不支給決定年月日 年 月 日

⑧ 性別  男  女  ⑨ 労働者の生年月日 年 月 日 ⑩ 負傷又は発病年月日 年 月 日 ⑪ 再発年月日 年 月 日

⑫ 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  ⑮ 特別加入者

労働者の氏名 ( 歳) ⑰ 負傷又は発病の時刻 午前 午後 時 分 頃

住所 ⑱ 災害発生の実を確認した者の職名、氏名 職名 氏名

⑲ 災害の原因及び発生状況 ⑳ どのような場所で ㉑ どのような作業をしているときに ㉒ どのような物又は環境に ㉓ どのような不安全又は有害な状態があつて ㉔ 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。

⑳ 指定病院等の名称 所在地 電話番号 局番 郵便番号

㉑ 傷病の部位及び状態

㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿

㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿

㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿

㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿

㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿

㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿

㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿

㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿

㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿

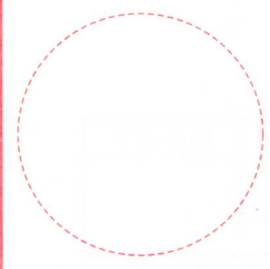
㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿

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。

(この欄は記入しないでください。)



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	第 号		