

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	-

療養補償給付たる療養の給付請求書

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

⑤ 労働保険番号 14103123456 ⑥ 処理区分 ※ 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 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。 ヤマト イチロウ ⑬ 三者 ⑭ 特疾 ⑮ 特別加入者

労働者の氏名 山本 一郎 (00歳) ⑯ 負傷又は発病の時刻 午後 10時40分頃

フリガナ カワサキ シ カワサキ マヤマエチヲ ⑰ 災害発生の実態を確認した者の職名、氏名 第一工場長 小林 次夫

住所 川崎市川崎区 宮前町 0-0 ⑱ 職名 氏名 小村 次夫

職種 鋳物工 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たときに 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った ㉔ どのような災害が発生したかを詳細に記入すること

鋳物工場内の2階倉庫から1階作業場に通じる階段において、木箱(65×45×20cm)を倉庫から搬出作業中、後3向きに階段を下りていたため足を踏み外し、約1.7m下に転落し、左足首を捻挫した。

⑳ 指定病院等の名称 田中病院 所在地 川崎市高津区千年 00-0

⑳ 傷部の部位及び状態 左足首関節捻挫

⑫の者については、⑩、⑯及び㉔に記載したとおりであることを証明します。

事業の名称 高橋機械工業株式会社 事業場の所在地 川崎市川崎区榎町 0-0

事業主の氏名 代表取締役 高橋 一郎

労働者の所属事業場の名称・所在地 高橋機械工業株式会社 川崎市川崎区榎町 0-0

上記により療養補償給付たる療養の給付を請求します。

川崎南労働基準監督署長 殿 田中 院 診療所 局 経由 訪問看護事業者

請求人の氏名 山本 一郎

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)

事故の発生日時又は発病の日時を正確に記入してください。

災害発生の実態を確認した人の職名と氏名を記入します。

職業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。

(あ)どのような場所で、(い)どのような作業をしている時に、(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った、(お)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。

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。

自筆による署名の場合には、押印は必要ありません。

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。

折り曲げる場合には()の所を谷に折りさらに2つ折りしてください。

()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			