

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	

通勤災害用

療養給付たる療養の給付請求書

① 帳票種別 34550	② 管轄局署 □□□□	③ 業種別 3	④ 保留 □	⑤ 受付年月日 000515
⑥ 労働保険番号 20105	⑦ 基幹番号 12345000	⑧ 技番号 000	⑨ 処理区分 ※ □□	⑩ 支給・不支給決定年月日 □□□□□□
⑪ 性別 1	⑫ 労働者の生年月日 5371016	⑬ 負傷又は発病年月日 000513	⑭ 再発年月日 ※ □□□□□□	
⑮ 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。 カトウ タロウ				
⑯ 氏名 加藤 太郎 (44歳)				
⑰ フリガナ				
⑱ 住所 飯田市高羽町4-0-0				
⑲ 職種 営業事務員				
⑳ 健康保険日雇特例被保険者手帳の記号及び番号				
㉑ 通称(カタカナ)：姓と名の間は1文字あけて記入してください。				
㉒ 傷病の部位及び状態 左手首骨折				
㉓ 指定病院等の名称 飯田診療所				
㉔ 所在地 飯田市大通 2-15				
㉕ 電話番号 0600				
㉖ 郵便番号 395-0000				
㉗ 事業の名称 労働生命(株) 飯田支社				
㉘ 事業場の所在地 飯田市桜町 1-23				
㉙ 事業主の氏名 労災 一郎				
㉚ 労働者の所属事業場の名称・所在地				
㉛ 事業主の氏名 労災 一郎				
㉜ 労働者の所属事業場の名称・所在地				
㉝ 事業主の氏名 労災 一郎				
㉞ 労働者の所属事業場の名称・所在地				
㉟ 事業主の氏名 労災 一郎				
㊱ 労働者の所属事業場の名称・所在地				
㊲ 事業主の氏名 労災 一郎				
㊳ 労働者の所属事業場の名称・所在地				
㊴ 事業主の氏名 労災 一郎				
㊵ 労働者の所属事業場の名称・所在地				
㊶ 事業主の氏名 労災 一郎				
㊷ 労働者の所属事業場の名称・所在地				
㊸ 事業主の氏名 労災 一郎				
㊹ 労働者の所属事業場の名称・所在地				
㊺ 事業主の氏名 労災 一郎				
㊻ 労働者の所属事業場の名称・所在地				
㊼ 事業主の氏名 労災 一郎				
㊽ 労働者の所属事業場の名称・所在地				
㊾ 事業主の氏名 労災 一郎				
㊿ 労働者の所属事業場の名称・所在地				
1 事業主は、裏面の㉑、㉒及び㉓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している支店、工場、工事現場等の場合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。				
飯田 労働基準監督署長 殿				
飯田 診療所 経由				
飯田 訪問看護事業者				
請求人の住所 飯田市高羽町4-0-0				
請求人の氏名 加藤 太郎				
郵便番号 395-0000				
電話番号 123-XXXX				
決定年月日				
調査年月日				
復命書番号				
第 号 第 号 第 号				

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。)

事故の発生日を正確に記入することになっています。

職種はなるべく具体的に、作業内容がわかるように記入することになっています。

事業主が証明することになっています。

押印の取り扱いについて  
労災保険の請求書等に係る事業主の氏名(法人その他の団体であるときは代表者の氏名)記入欄、請求人(申請人)の氏名記入欄及び診療担当者(請求人)の氏名記入欄等については、記名押印又は自筆による署名のいずれかをします。

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することになっています。

様式第16号の3で請求する場合に記載します。

① 災害時の通勤の種別 (該当する記号を記入)	1	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、ロに後続する住居間の移動
② 負傷又は発病の年月日及び時刻	0年 5月 13日 午前 8時 45分頃		
③ 災害発生場所	飯田市桜町0丁目 桜町銀行本店前市道	④ 就業の場所	飯田市桜町0丁目
⑤ 就業開始の予定年月日及び時刻	年 月 日 午前 09時 00分頃		
⑥ 住居を離れた年月日及び時刻	年 月 日 午前 08時 00分頃		
⑦ 就業終了の年月日及び時刻	年 月 日 午後 時 分頃		
⑧ 就業の場所を離れた年月日及び時刻	年 月 日 午後 時 分頃		
⑨ 災害時の通勤の種別に関する移動の通常経路、方法及び所要時間並びに災害発生日に住居又は就業の場所から災害発生場所に至った経路、方法、所要時間その他の状況	<p>自宅 徒歩 15分 飯田駅 飯田線 15分 桜町駅 徒歩 15分 会社</p> <p>(通常の通勤所要時間 時間 50分)</p>		
⑩ 災害の原因及び発生状況	JR 桜町駅から会社まで徒歩で出勤中、桜町0丁目桜町銀行本店前市道の道路の緑石につまづき、転倒し、左手首を骨折した。		
⑪ 現認者の住所	飯田市桜町0-0	電話番号	0000 局番
⑫ 氏名	1110 ヒサ		
⑬ 転任の事実の有無	有	⑭ 転任直前の住居に係る住所	

通常の通勤経路、方法、所要時間と、災害発生日に住居又は就業の場所から災害発生場所に至った経路、方法、所要時間をわかりやすく記入してください。

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。

災害発生の実事を確認した人の氏名を記入します。

【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○で囲んでください。(ただし、④欄及び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、⑩労働保険番号欄に左記で年金証書番号を記入してください。また、⑩及び⑪は記入しないでください。
- ⑫は、請求人が健康保険の日雇特別被保険者でない場合には記載する必要はありません。
- ⑬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すること。
- ⑭は、災害時の通勤の種別がロの場合には、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すること。
- ⑮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すること。
- ⑯は、通常の通勤の経路を図示し、災害発生場所及び災害発生日に住居又は就業の場所から災害発生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。
- ⑰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ください。
- 「事業主の氏名」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、光学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) キツテ → キョ → パ →
  - は斜の弧を書きはじめるとき、小さくカギをつけてください。
  - はカギをつけずに垂直に、 の2本の縦線は上で閉じないで書いてください。

表面の記入枠を訂正したときの訂正印欄	削字加字	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	電話番号
--------------------	------	------------	----------------------	----	------