

標準字体	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	〃	。	ー
アイウエオカキクケコ	シ	ス	セ	ソ	タ	チ	ツ	テ	ト	ナ	ニ	ヌ	
ネ	ノ	ハ	ヒ	フ	ヘ	ホ	マ	ミ	ム	メ	モ	ヤ	ユ
ヨ	ラ	リ	ル	レ	ロ	ワ	ン						

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。

※帳票種別 ①管轄局署 ②業通別 ③保留 ⑥処理区分 ④受付年月日

34590 □□□□ 1 1業通 1全レセ 3全給付 □□

※ □□□□□□□□

⑤労働保険番号 13101123456000

⑧性別 ⑨労働者の生年月日 ⑩負傷又は発病年月日

1男 3女 1 5500101 9040630

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。濁点・半濁点は1文字として記入してください。

労働者 労災 太郎 (48歳)

⑬郵便番号 100-0013

住所 東京都千代田区霞が関○-○-○

職種 清掃作業員

⑭傷病の時刻 ⑮災害発生の事実を確認した者の職名、氏名

午前 8時30分頃 職名: 作業主任

午後 氏名: 防災次郎

⑯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)どのような不安全な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(か)⑩と初診日が異なる場合はその理由を詳細に記入すること

〇〇オフィスビル1階廊下の清掃作業中、床面のワックスが十分乾燥していなかったため、足を滑らせて前方に転倒し、左足首を捻挫するとともに、右膝を打撲。

⑳指定病院等の名称 〇〇労災病院 電話(03)〇〇〇-〇〇〇

所在地 東京都千代田区霞が関○-○-○ 〒100-892

㉑傷病の部位及び状態 左足関節捻挫、右膝打撲

⑫の者については、⑩、⑰及び⑱に記載したとおりであることを証明します。

事業の名称 〇〇クリーンサービス株式会社 電話(03)〇〇〇-〇〇〇

事業場の所在地 東京都千代田区内幸町○-○-○ 〒100-0011

事業主の氏名 代表取締役 〇〇 〇〇

(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)

労働者の所属事業場の名称・所在地 電話( ) -

(注意) 1 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、療養補償給付又は複数事業労働者療養給付のみの請求がなされる場合にあっては、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。

上記により療養補償給付又は複数事業労働者療養給付たる療養の給付を請求します。

4年 7月 1日

中央労働基準監督署長 殿

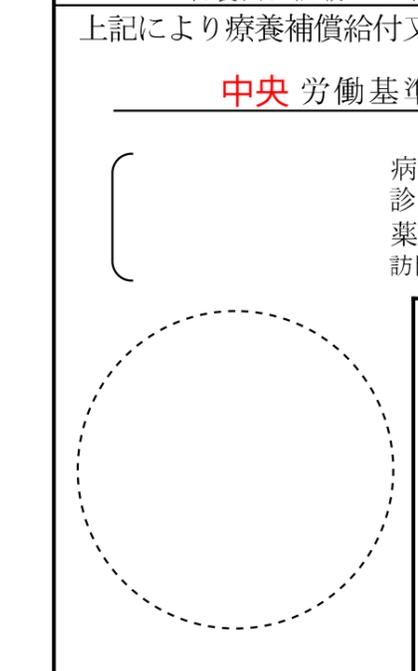
〒100-0013 電話(03)〇〇〇-〇〇〇

住所 東京都千代田区霞が関○-○-○ ( ) 方

氏名 労災 太郎

請求人の 病診薬 院所局 経由 訪問看護事業者

署長	副署長	課長	係長	係	決定年月日	・	・
					不支給の理由		
調査年月日	・	・	・	・			
復命書番号	第 号	第 号	第 号	第 号			



支不支給給決定決議書

(この欄は記入しないでください。)