

裏面に記載してある注意
 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

療養補償給付たる療養の給付請求書

※ 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 11101000123000 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。
 ヤマタ シロウ

⑬ 三者 ⑭ 特疾 ⑮ 特別加入者 ※

氏名 山田二郎 (38歳) ⑯ 負傷又は発病の時刻
 フリガナ サイタマシ ウラワク タカサゴ 午後 10時 40分頃
 住所 さいたま市浦和区高砂 0-0-0 ⑰ 災害発生の事実を確認した者の職名、氏名
 職名 営業所次長
 職種 倉庫内作業員 氏名 高橋正男

⑱ 災害の原因及び発生状況 ⑲ どのような場所で ⑳ どのような作業をしているときに ㉑ どのような物又は環境に ㉒ どのような不安全な又は有害な状態があつて ㉓ どのような災害が発生したかを詳細に記入すること
 南浦和営業所の倉庫から木箱(80×50×20cm)を運び出す際に階段から足を踏みはずし、約1.5m下に転落し、胸部を打撲した。

⑲ 指定病院等の 名称 川村病院 電話番号 048(000)局番 XXXX
 所在地 さいたま市浦和区神明 0-0-0 郵便番号 330-0065

⑳ 傷病の部位及び状態 右胸部打撲及び鎖骨、第5、6肋骨骨折

㉔ ⑫の者については、⑩、⑯及び⑲に記載したとおりであることを証明します。 平成15年 4月 2日

事業の名称 第一運送(株) 電話番号 048(000)局番 XXXX
 事業場の所在地 埼玉県さいたま市浦和区常盤 0-0-0 郵便番号 330-0061
 事業主の氏名 代表取締役 中山五郎 (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 第一運送(株)南浦和営業所 埼玉県さいたま市浦和区神明 0-0-0 電話番号 048(000)局番 ΔΔΔΔ

(注意) 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。

上記により療養補償給付たる療養の給付を請求します。 平成15年 4月 3日

さいたま 労働基準監督署長 殿 郵便番号 330-0063 電話番号 048(000)局番 XXXX

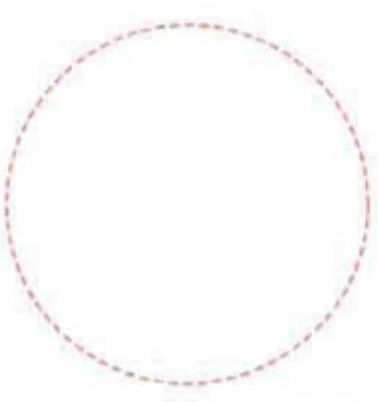
請求人の 住所 さいたま市浦和区高砂 0-0-0 方) 氏名 山田二郎

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。)

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							