

裏面に記載してある注意
事項をよく読んで上で、
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	ロ	
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

※ 34550	① 管轄局署	② 業通別	③ 保留	④ 受付年月日
⑤ 労働者番号	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。		⑬ 三者 ⑭ 特疾 ⑮ 特別加入者		
氏名	海野 川男 (29 歳)	⑯ 負傷又は発病の時刻		
フリガナ	トウキョウトアラカワクニシニッポリ	午前 2時30分頃		
住所	東京都荒川区西日暮里 - - -101	⑰ 災害発生の実態を確証した者の職名、氏名		
職種	配送	⑱ 郵便番号	116-0013	職名
				氏名
				佐藤 三郎
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どのような不安全な又は有害な状態があって㉔どのような災害が発生したかを詳細に記入すること				
工場裏の駐車場で積荷をトラックに載せる作業を行っていたところ、トラックに載せた積荷のバランスが崩れ右足首に落下、骨折した。				
現場を直接見た者がいたらその者を記載します。いなければ最初の発見者を記載します。				
⑳ 指定病院等の名称	上野第一病院	電話番号	03-3210-0123	局番
所在地	東京都台東区上野公園 - -	郵便番号	110 - 0007	
㉕ 傷病の部位及び状態	右足首骨折	⑲の者については、⑩、⑪及び⑰に記載したとおりであることを証明します。		
事業の名称	株式会社 瀧島水産	電話番号	03-3333-3333	局番
事業場の所在地	東京都台東区上野 - -	郵便番号	110 - 0005	
事業主の氏名	代表取締役 滝島 秀信	平成19年 3 月 18 日		
(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		電話番号		局番
(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。				
上野 労働基準監督署長 殿		平成19年 3 月 18 日		
〒116-0013	東京都荒川区西日暮里 - - -101	電話番号	03-3777-7777	局番
住所	東京都荒川区西日暮里 - - -101	方		
氏名	海野 川男	海野		
支不	署長 次長 課長 係長 係	決定年月日		
定決議書	調査年月日	不支給の理由		
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。)

折り曲げる場合には、こ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。)

現場を直接見た者がいたらその者を記載します。いなければ最初の発見者を記載します。

請求人は会社ではなく、負傷した本人です。