

○厚生労働省告示第二百九十三号

雇用保険法等の一部を改正する法律（令和二年法律第十四号）の一部の施行に伴い、並びに労働者災害補償保険法（昭和二十二年法律第五十号）第八条の二第一項第二号、第八条の三第一項第二号（同法第八条の四において準用する場合を含む。）及び第十六条の六第二項（同法第二十条の六第三項及び第二十二条の四第三項において準用する場合を含む。）、失業保険法及び労働者災害補償保険法の一部を改正する法律及び労働保険の保険料の徴収等に関する法律の施行に伴う関係法律の整備等に関する法律（昭和四十四年法律第八十五号）第十九条第二項並びに労働者災害補償保険法施行規則（昭和三十年労働省令第二十二号）第九条の四第七項、第九条の五第二項、第二十一条第一項、第五十条並びに附則第十七項（同令附則第三十六項及び第四十五項において準用する場合を含む。）、第十八項（同令附則第三十六項及び第四十五項において準用する場合を含む。）及び第三十二項（同令附則第四十三項及び第五十二項において準用する場合を含む。）の規定に基づき、雇用保険法等の一部を改正する法律の一部の施行に伴う厚生労働省関係告示の整理に関する告示を次のように定める。

令和二年八月十九日

厚生労働大臣 加藤 勝信

雇用保険法等の一部を改正する法律の一部の施行に伴う厚生労働省関係告示の整理に関する告示

（労働者災害補償保険法の施行に関する事務に使用する文書の様式を定める件の一部改正）

第一条 労働者災害補償保険法の施行に関する事務に使用する文書の様式を定める件（昭和三十五年労働省告示第十号）の一部を次のように改正する。

次の表のように改正する。

改正後

番号	文書の種別	様式	備		考
			用紙の大きさ	印刷に用いるインクの色	
5	規則第十二条第一項(規則第十八条の三の七第一項において準用する場合を含む。)の請求書	(略)	(略)	(略)	(略)
6	規則第十二条第三項(規則第十八条の三の七第一項において準用する場合を含む。)及び第十二条の三第一項(規則第十八条の三の七第二項において準用する場合	(略)	(略)	(略)	(略)

労働者災害補償保険法施行規則(以下次の表中において「規則」という。)第五十四条の規定に基づき厚生労働大臣が指定する文書は、次の表の文書の種別欄に掲げる文書(十七の項に掲げるものを除く。)とし、同条の規定に基づき同欄に掲げる文書について厚生労働大臣が定める様式は、それぞれ、同表の様式欄に掲げる様式とする。

改正前

番号	文書の種別	様式	備		考
			用紙の大きさ	印刷に用いるインクの色	
5	規則第十二条第一項の請求書	(略)	(略)	(略)	(略)
6	規則第十二条第三項及び第十二条の三第一項の届書	(略)	(略)	(略)	(略)

労働者災害補償保険法施行規則(以下次の表中において「規則」という。)第五十四条の規定に基づき厚生労働大臣が指定する文書は、次の表の文書の種別欄に掲げる文書(十七の項に掲げるものを除く。)とし、同条の規定に基づき同欄に掲げる文書について厚生労働大臣が定める様式は、それぞれ、同表の様式欄に掲げる様式とする。

	7	8	10
書 合を含む。）の届	規則第十二条の二 第一項（規則第十 八条の三の八第一 項において準用す る場合を含む。） の請求書	規則第十三条第一 項（規則第十八条 の三の九において 準用する場合を含 む。）の請求書及 び特別支給金則第 三条第三項の申請 書	規則第十四条の二 第一項（規則第十 八条の三の十第二 項において準用す る場合を含む。） の請求書、特別支 給金則第四条第四 項の申請書及び特 別支給金則第七条 第三項（特別支給 金則第八条第二項 において準用する 場合を含む。）の 申請書
	(略)	(略)	(略)
	(略)	(略)	(略)
	(略)	(略)	(略)
	(略)	(略)	(略)

	7	8	10
規則第十二条の二 第一項の請求書	規則第十三条第一 項の請求書及び特 別支給金則第三条 第三項の申請書	規則第十四条の二 第一項の請求書、 特別支給金則第四 条第四項の申請書 及び特別支給金則 第七条第三項（特 別支給金則第八条 第二項において準 用する場合を含む 。）の申請書	
(略)	(略)	(略)	(略)
(略)	(略)	(略)	(略)
(略)	(略)	(略)	(略)
(略)	(略)	(略)	(略)

13	12	11
規則第十五条の三 第一項（規則第十 八条の三の十一第 二項及び第十六条 の九第四項におい て準用する場合を 含む。）及び第十 五条の四第一項（	規則第十五条の二 第一項（規則第十 八条の三の十一第 一項において準用 する場合を含む。 ）の請求書、特別 支給金則第五条第 四項の申請書及び 特別支給金則第九 条第三項の申請書	規則第十四条の三 第二項（規則第十 八条の三の十第三 項及び第十八条の 八第五項において 準用する場合を含 む。）の請求書及 び特別支給金則第 七条第六項におい て読み替えて準用 する規則第十四条 の三第二項の申請 書
（略）	（略）	（略）
（略）	（略）	（略）
（略）	（略）	（略）
（略）	（略）	（略）

13	12	11
規則第十五条の三 第一項及び第十五 条の四第一項（規 則第十八条の九第 三項においてこれ らの規定を準用す る場合を含む。） の請求書並びに特	規則第十五条の二 第一項の請求書、 特別支給金則第五 条第四項の申請書 及び特別支給金則 第九条第三項の申 請書	規則第十四条の三 第二項（規則第十 八条の八第四項に おいて準用する場 合を含む。）の請 求書及び特別支給 金則第七条第六項 において読み替え て準用する規則第 十四条の三第二項 の申請書
（略）	（略）	（略）
（略）	（略）	（略）
（略）	（略）	（略）
（略）	（略）	（略）

16	15	14	
規則第十八条の三の十一第三項及び第十八条の九第四項において準用する場合を含む。）の請求書並びに特別支給金則第九条第五項及び第六項の申請書	規則第十五条の六第一項（規則第十八条の三の十一第五項及び第十八条の九第五項において準用する場合を含む。）の申請書	規則第十六条第一項（規則第十八条の三の十二において準用する場合を含む。）の請求書、特別支給金則第五条第四項の申請書及び特別支給金則第十条第三項の申請書	規則第十七条の二第一項（規則第十八条の三の十四において準用する場合を含む。）の請求
(略)	(略)	(略)	(略)
(略)	(略)	(略)	(略)
(略)	(略)	(略)	(略)
(略)	(略)	(略)	(略)

16	15	14	
規則第十五条の六第一項（規則第十八条の九第四項において準用する場合を含む。）の申請書	規則第十六条第一項の請求書、特別支給金則第五条第四項の申請書及び特別支給金則第十条第三項の申請書	規則第十七条の二第一項の請求書	別支給金則第九条第五項及び第六項の申請書
(略)	(略)	(略)	(略)
(略)	(略)	(略)	(略)
(略)	(略)	(略)	(略)
(略)	(略)	(略)	(略)

3	37 の 2	(略)	16 の 4	(略)	16 の 2 の 2	16 の 2	
規則附則第五十四	規則附則第二十一項、第三十五項及び第四十四項の請求書、特別支給金則附則第九項の申請書	(略)	規則第十八条の五第三項において準用する規則第十二條第三項及び第十二條の三第一項の届書	(略)	規則第十八条の三の五第二項(規則第十八条の三の十五及び第十八条の十三第二項において準用する場合を含む。)の届書	規則第十八条の第二項(規則第十八条の三の十五及び第十八条の十三第二項において準用する場合を含む。)	求書
(略)	(略)	(略)	(略)	(略)	(略)	(略)	
(略)	(略)	(略)	(略)	(略)	(略)	(略)	
(略)	(略)	(略)	(略)	(略)	(略)	(略)	
(略)	(略)	(略)	(略)	(略)	(略)	(略)	

3	37 の 2	(略)	16 の 4	(略)	16 の 2 の 2	16 の 2	
規則附則第四十五	規則附則第二十一項及び第三十五項の請求書、特別支給金則附則第九項の申請書	(略)	規則第十八条の五第二項において準用する規則第十二條第三項及び第十二條の三第一項の届書	(略)	規則第十八条の三の五第二項の請求書及び規則第十八条の十五第一項の請求書	規則第十八条の第二項(規則第十八条の十三第二項において準用する場合を含む。)の届書	
(略)	(略)	(略)	(略)	(略)	(略)	(略)	
(略)	(略)	(略)	(略)	(略)	(略)	(略)	
(略)	(略)	(略)	(略)	(略)	(略)	(略)	
(略)	(略)	(略)	(略)	(略)	(略)	(略)	

(略)	37 の
(略)	項の届書
(略)	
(略)	
(略)	
(略)	

(略)	37 の
(略)	項の届書
(略)	
(略)	
(略)	
(略)	

様式第二号（裏面）中「遺族補償年金」の下に「複数事業労働者遺族年金」を加える。
様式第四号を次のように改める。



労働者災害補償保険
未支給の保険給付支給請求書
未支給の特別支給金支給申請書

① 労働保険番号	府 県	所 掌	管 轄	基 幹 番 号				枝 番 号	
② 年金証書の番号	管轄局	種 別		西暦年	番 号			枝番号	
③ 死亡した受給権者又は特別支給金受給資格者のフリガナ氏名									
	(男・女)								
死亡した受給権者又は特別支給金受給資格者の死亡年月日	年 月 日								
④ 請求人の住所	フリガナ氏名								
	死亡した受給権者(労働者)又は特別支給金受給資格者(労働者)との関係								
⑤ 未支給の保険給付又は特別支給金の種類	療養(補償)等給付 休業(補償)等給付 障害(補償)等給付 遺族(補償)等給付 傷病(補償)等年金 介護(補償)等給付 葬祭料等(葬祭給付) _____特別支給金 _____特別 一時金 _____年 金								
⑥ 添付する書類その他の資料名									

上記により 未支給の保険給付の支給を請求
未支給の特別支給金の支給を申請
します。

未支給の特別支給金の支給を申請

年 月 日

〒 _____ 電話(_____) _____

請求人 申請人 の 住所 _____

氏名 印

労働基準監督署長 殿

振込を希望する金融機関の名称		預金の種類及び口座番号
銀行・金庫	本店・本所 出張所	普通・当座 第 号
農協・漁協・信組	支店・支所	口座名義人

様式第4号(裏面)

〔注意〕

- 1 事項を選択する場合には該当する事項を○で囲むこと。
- 2 死亡した受給権者又は特別支給金受給資格者(以下「受給資格者」という。)が傷病補償年金、複数事業労働者傷病年金又は傷病年金を受けていた場合には、①は記載する必要がないこと。
- 3 この請求書(申請書)には、次の書類その他の資料を添えること。ただし、死亡した受給権者又は受給資格者の個人番号が未提出の場合を除き、(1)及び(2)の書類として住民票の写しを添える必要はないこと。
 - (1) 死亡した受給権者又は受給資格者の死亡の事実及び死亡の年月日を証明することができる書類
 - (2) 遺族補償年金、複数事業労働者遺族年金及び遺族年金以外の未支給の保険給付の支給を請求し、又は遺族補償年金、複数事業労働者遺族年金若しくは遺族年金を受ける権利を有する者に対して支給する遺族特別支給金及び遺族特別年金以外の未支給の特別支給金の支給を申請する場合には、次の書類
 - イ 請求人(申請人)と死亡した受給権者又は受給資格者との身分関係を、証明することができる戸籍の謄本又は抄本(請求人(申請人)が死亡した受給権者又は受給資格者と事実上婚姻関係と同様の事情にあつた者であるときは、その事実を証明することができる書類)
 - ロ 請求人が死亡した受給権者と生計を同じくしていたこと又は申請人が死亡した受給資格者と生計を同じくしていたことを証明することができる書類
 - (3) 未支給の遺族補償年金、複数事業労働者遺族年金又は遺族年金の支給を請求する場合には、次の書類その他の資料
 - イ 請求人と死亡した労働者との身分関係を証明することができる戸籍の謄本又は抄本
 - ロ 請求人が障害の状態にあることにより遺族補償年金、複数事業労働者遺族年金又は遺族年金を受ける権利を有する者であるときは、請求人が労働者の死亡の時から引き続き障害の状態にあることを証明することができる医師又は歯科医師の診断書その他の資料
 - (4) 遺族補償年金、複数事業労働者遺族年金又は遺族年金を受ける権利を有する者に対して支給する未支給の遺族特別支給金又は遺族特別年金の支給の申請を行う場合には、次の書類その他の資料(同一の事由について未支給の遺族補償年金、複数事業労働者遺族年金又は遺族年金を請求することができる場合を除く。)
 - イ 申請人と死亡した労働者との身分関係を証明することができる戸籍の謄本又は抄本
 - ロ 申請人が労働者の死亡の時から引き続き障害の状態にあつた者であるときは、その事実を証明することができる医師又は歯科医師の診断書その他の資料
 - (5) 死亡した受給権者又は受給資格者が死亡前に保険給付の支給を請求していなかったとき又は特別支給金の支給を申請していなかったときは、(1)から(4)までの書類その他の資料のほか、その受給権者又は受給資格者がその保険給付の支給を請求し、又は特別支給金の支給を申請するときに提出しなければならなかった書類その他の資料
- 4 未支給の保険給付の支給の請求のみを行う場合には、未支給の特別支給金の申請に係る事項は全て抹消し、未支給の特別支給金の支給の申請のみを行う場合には、未支給の保険給付の請求に係る事項は全て抹消すること。
- 5 「請求人(申請人)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ること。

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
		㊟	() —

様式第五号を次のように改める。



様式第5号(裏面)

②その他就業先の有無		
有	有の場合のその数 (ただし表面の事業場を含まない)	有の場合でいずれかの事業で特別加入している場合の特別加入状況 (ただし表面の事業を含まない)
無	社	労働保険事務組合又は特別加入団体の名称
労働保険番号(特別加入)		加入年月日
		年 月 日

[項目記入にあたっての注意事項]

- 1 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該当事項を○で囲んでください。(ただし、⑧欄並びに⑨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。)
- 2 ⑬は、災害発生の事実を確認した者(確認した者が多数のときは最初に発見した者)を記載してください。
- 3 傷病補償年金又は複数事業労働者傷病年金の受給権者が当該傷病に係る療養の給付を請求する場合には、⑤労働保険番号欄に左詰めで年金証書番号を記入してください。また、⑨及び⑩は記入しないでください。
- 4 「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。
- 5 複数事業労働者療養給付の請求は、療養補償給付の支給決定がなされた場合、遡って請求されなかったものとみなされます。
- 6 ②「その他就業先の有無」欄の記載がない場合又は複数就業していない場合は、複数事業労働者療養給付の請求はないものとして取り扱います。
- 7 疾病に係る請求の場合、脳・心臓疾患、精神障害及びその他二以上の事業の業務を要因とすることが明らかな疾病以外は、療養補償給付のみで請求されることとなります。

[その他の注意事項]

この用紙は、機械によって読取りを行いますので汚したり、穴をあけたり、必要以上に強く折り曲げたり、のりづけしたりしないでください。

派遣先事業主 証 明 欄	派遣元事業主が証明する事項(表面の⑩、⑬及び⑭)の記載内容について事実と相違ないことを証明します。		
	年 月 日	事業の名称	電話() —
		事業場の所在地	〒 —
		事業主の氏名	印
		(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)	

表面の記入枠 を訂正したと きの訂正印欄	削 字 加 字 印	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
				⑩ () —	

様式第六号を次のように改める。



労働者災害補償保険

療養補償給付及び複数事業労働者療養給付たる療養の給付を受ける指定病院等(変更)届

労働基準監督署長 殿

年 月 日

病 院
診 療 所 経 由
薬 局
訪問看護事業者

〒 —
電話() —

住 所

届出人の 方

氏 名 印

下記により療養補償給付及び複数事業労働者療養給付たる療養の給付を受ける指定病院等を(変更するので)届けます。

① 労働保険番号					③ 氏 名 (男・女)	④ 負傷又は発病年月日	
府県	所掌	管轄	基 幹 番 号	枝番号		年	月 日
						生年月日	年 月 日 (歳)
						住 所	午 前 後 時 分 頃
② 年金証書の番号					職 種		
管轄局	種別	西暦年	番 号				

⑤ 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を簡明に記載すること。

③の者については、④及び⑤に記載したとおりであることを証明します。

年 月 日 事業の名称 〒 — 電話() —

事業場の所在地

事業主の氏名 印

(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)

⑥ 指定病院等の変更	変更前の名称	(労災指定 医 番 号)
	所在地	〒 —
	変更後の名称	〒 —
	所在地	
	変更理由	

⑦ 傷病補償年金又は複数事業労働者傷病年金の支給を受けることとなった後に療養の給付を受けようとする指定病院等の	名称	
	所在地	〒 —

⑧ 傷 病 名	
---------	--

様式第6号(裏面)

⑨その他就業先の有無		
有 無	有の場合のその数 (ただし表面の事業場を含まない) 社	有の場合でいずれかの事業で特別加入している場合の特別 加入状況(ただし表面の事業を含まない)
		労働保険事務組合又は特別加入団体の名称
労働保険番号(特別加入)		加入年月日
		年 月 日

〔注意〕

- 1 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該当事項を○で囲むこと。
- 2 傷病補償年金又は複数事業労働者傷病年金の受給権者が当該傷病に係る療養に関しこの届書を提出するときは
 - (1) ①、④及び⑤は記載する必要がないこと。
 - (2) 事業主の証明は受ける必要がないこと。
- 3 傷病補償年金又は複数事業労働者傷病年金の受給権者が当該傷病に係る療養に関しこの届書を提出する場合以外の場合で、その提出が離職後であるときには事業主の証明は受ける必要がないこと。
- 4 「届出人の氏名」の欄及び「事業主の氏名」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ること。
- 5 複数事業労働者療養給付の届出は、療養補償給付の支給決定がなされた場合、遡って届出されなかったものとみなすこと。
- 6 ⑨「その他就業先の有無」欄の記載がない場合又は複数就業していない場合は、複数事業労働者療養給付の届出はないものとして取り扱うこと。
- 7 疾病に係る請求の場合、脳・心臓疾患、精神障害及びその他二以上の事業の業務を要因とすることが明らかな疾病以外は、療養補償給付のみで届出されることとなること。

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
		Ⓔ	() —

様式第七号（二）を次のように改める。



様式第7号(1) (裏面)

(リ) 労働者の 所属事業場の 名称・所在地	(ヌ) 負傷又は発病の時刻	(ル) 災害発生 の職名
	午後 時 分頃	事実を確認 した者の氏名
(ヲ)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)⑦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		

療養の内訳及び金額

診療内容				点数(点)	診療内容	金額	摘要		
初診	時間外・休日・深夜				初診	円			
再診	外来診療料	×	回		再診	円			
	継続管理加算	×	回		指導	円			
	外来管理加算	×	回		その他	円			
	時間外	×	回		食事(基準)	円 円 円			
	休日	×	回						
	深夜	×	回						
指導					円				
在宅	往診		回		円				
	夜間		回		円				
	緊急・深夜		回		円				
	在宅患者訪問診療		回		小計	円			
	その他				②				
薬剤		回		摘要					
投薬	内服 薬剤		単位						
	調剤	×	回						
	屯服 薬剤		単位						
	外用 薬剤		単位						
	調剤	×	回						
	処方	×	回						
麻毒調基		回							
注射	皮下筋肉内		回						
	静脈内		回						
	その他		回						
処置				回					
手術				回					
麻酔				回					
検査				回					
画像診断				回					
	薬剤								
その他	処方せん			回					
	薬剤								
入院	入院年月日 年 月 日								
	病・診・衣	入院基本料・加算							
		×	日間						
		×	日間						
		×	日間						
		×	日間						
特定入院料・その他									
小計	点	①	円	合計金額 ①+②	円				

(注 意)

一、共通の注意事項
事項を選択する場合には、該当する事項を○で囲むこと。
(ホ)、(ヘ)及び(ト)については、その費用についての明細書及び看護移送等をした者の請求書又は領収書を添えること。
(イ)の期間には、最終の投薬の期間をも算入すること。
(四)(三) (二)(一) (一)は、労働者の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、工事現場等を記載すること。
二、傷病補償年金又は複数事業労働者傷病年金の受給権者が当該傷病に係る療養の費用を請求する場合以外の場合の注意事項
④は、記載する必要がないこと。
(三)(一) (二)(一) (一)は、災害発生の実を確認した者が多数あるときは最初に発見した者を記載すること。
(四)(三) (二)(一) (一)及び(二)は、第二回以後の請求の場合には記載する必要がないこと。第二回以後の請求が離職後である場合には事業主の証明は受ける必要がないこと。
三、傷病補償年金又は複数事業労働者傷病年金の受給権者が当該傷病に係る療養の費用を請求する場合の注意事項
③、⑥、⑦及び(ヌ)から(ヲ)までは記載する必要がないこと。事業主の証明は受ける必要がないこと。

四、「事業主の氏名」の欄、「病院又は診療所の診療担当者氏名」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ること。
五、複数事業労働者療養給付の請求は、療養補償給付の支給決定がなされた場合、遡って請求されなかったものとみなすこと。
六、②「その他就業先の有無」欄の記載がない場合又は複数就業していない場合は、複数事業労働者療養給付の請求はないものとして取り扱うこと。
七、疾病に係る請求の場合、脳・心臓疾患、精神障害及びその他二以上の事業の業務を要因とすることが明らかな疾病以外は、療養補償給付のみで請求されることとなること。

②その他就業先の有無	
有 無	有の場合のその数 (ただし表面の事業場を含まない) 社
	労働保険事務組合又は 特別加入団体の名称
加入年月日 年 月 日	
労働保険番号(特別加入)	

派遣先事業主証明欄	派遣元事業主が証明する事項(表面の⑦並びに(ヌ)及び(ヲ))の記載内容について事実と相違ないことを証明します。	
	年 月 日	事業の名称 電話() —
		事業場の所在地 〒 —
		事業主の氏名 印 (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)

表面の記入枠を訂正したときの訂正印欄	削 字 加 字 印	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
				印 () —	

様式第七号（二）を次のように改める。



業務災害用
複数業務要因災害用

療養補償給付及び複数事業労働者療養給付たる療養の費用請求書(同一傷病分)

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	サ	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							

薬

※ 帳票種別	① 管轄局署	② 業通別	③ 受付年月日	④ 三者コード	⑤ 委任未支給	⑥ 特別加入者	⑦ 審査コード
34261		1業 3通			1 自 3 勞 5 他	1 委任 3 未支給 5 未未	

③ 労働保険番号	④ 管轄局 種別 西暦年 番号		
⑤ 労働者の性別	⑥ 労働者の生年月日	⑦ 負傷又は発病年月日	※⑭ 金融機関コード
1 男 3 女	1 明治 3 大正 5 昭和 7 平成 9 令和		
⑧ 労働者の住所	⑨ 労働者の氏名	⑩ 労働者の職種	⑪ 郵便番号

⑫ 労働者の住所	⑬ 労働者の氏名	⑭ 労働者の職種	⑮ 郵便番号

⑯ 労働者の住所	⑰ 労働者の氏名	⑱ 労働者の職種	⑲ 郵便番号

⑳ 労働者の住所	㉑ 労働者の氏名	㉒ 労働者の職種	㉓ 郵便番号

㉔ 労働者の住所	㉕ 労働者の氏名	㉖ 労働者の職種	㉗ 郵便番号

㉘ 労働者の住所	㉙ 労働者の氏名	㉚ 労働者の職種	㉛ 郵便番号

㉜ 労働者の住所	㉝ 労働者の氏名	㉞ 労働者の職種	㉟ 郵便番号

㊱ 労働者の住所	㊲ 労働者の氏名	㊳ 労働者の職種	㊴ 郵便番号

㊵ 労働者の住所	㊶ 労働者の氏名	㊷ 労働者の職種	㊸ 郵便番号

※印の欄は記入しないでください。(職員が記入します。)

◎裏面の注意事項を読んでから記入してください。

折り曲げる場合には(㊱)の所を各に折りさらに2つ折りにしてください。

(注意) 一、二、三、記入の部分は、必ず黒のボールペンを使用し、様式右上に記載された「標準字体」にならって、枠からはみださないように大きめのカタカナ及びアラビア数字で明瞭に記載してください。

二、記載すべき事項のない欄又は記号は、空欄のままとし、事項を選択する場合又は出た口座を振込する場合又は希望する金融機関を記入してください。

三、記載すべき事項は、光澤式文字露光装置(OCR)で直接取りを行うので汚したり、穴をあけたり、必要以上に強く折り曲げたり、のりつけたりしないでください。

様式第7号(2)(裏面)

(二) 労働者の 所属事業場の 名称・所在地	(ホ) 負傷又は発病の時刻	(ヘ) 職名
	午前 午後 時 分頃	災害発生 の事実を 確認した 者の氏名
(ト)災害の原因及び発生状況 (ア)どのような場所で(イ)どのような作業をしているときに(ウ)どのような物又は環境に(エ)どのような不安全な又は有害な状態があつて(オ)どのような災害が発生したか(カ)⑦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。		

療養の内訳及び金額

病院又は 診療所の	名 称	
	所 在 地	
担 当 医 氏 名	1.	3.
	2.	4.

医師 番号	処方月日	調剤月日	処 方		調剤 数量	調 剤 報 酬 点 数		
			医薬品名・規格・用量・剤型・用法	単位薬剤料(点)		調剤料(点)	薬剤料(点)	加算料(点)
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
受付 回数	回	摘要						
	調剤基本料 (点)		時間外等加算 (点)		指導料 (点)		合計点数 (点)	
							合計金額 (円)	

- (注 意) 1. 共通の注意事項
- (1) この請求書は、薬局から薬剤の支給を受けた場合に提出すること。
 - (2) 事項を選択する場合には、該当する事項を○で囲むこと。
 - (3) (二)は、労働者の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、工事現場等を記載すること。
2. 傷病補償年金又は複数事業労働者傷病年金の受給権者が当該傷病に係る療養の費用を請求する場合以外の場合の注意事項
- (1) ④は、記載する必要がないこと。
 - (2) (ヘ)は、災害発生の実事を確認した者(確認した者が多数あるときは、最初に発見した者)を記載すること。
 - (3) (ヘ)及び(ト)は、第2回以後の場合には記載する必要がないこと。
 - (4) 第2回以後の請求が離職後である場合には事業主の証明は受ける必要がないこと。
3. 傷病補償年金又は複数事業労働者傷病年金の受給権者が当該傷病に係る療養の費用を請求する場合の注意事項
- (1) ③、⑥、⑦及び(ホ)から(ト)までは記載する必要がないこと。
 - (2) 事業主の証明は受ける必要がないこと。
4. 「事業主の氏名」の欄、「病院又は診療所の診療担当者氏名」の欄、「薬局の調剤担当者氏名」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ると。
5. 複数事業労働者療養給付の請求は、療養補償給付の支給決定がなされた場合、遡って請求されなかったものとみなすこと。
6. ②④「その他就業先の有無」欄の記載がない場合又は複数就業していない場合は、複数事業労働者療養給付の請求はないものとして取り扱うこと。
7. 疾病に係る請求の場合、脳・心臓疾患、精神障害及びその他二以上の事業の業務を要因とすることが明らかな疾病以外は、療養補償給付のみで請求されることとなること。

②④その他就業先の有無	
有	有の場合のその数 (ただし表面の事業場を含まない)
無	社
有の場合 でいずれ かの事業 で特別加 入してい る場合の 特別加入 状況 (ただし 表面の事 業を含ま ない)	労働保険事務組合又は 特別加入団体の名称
	加入年月日 年 月 日
労働保険番号(特別加入)	

派遣先事業 主証明欄	派遣元事業主が証明する事項(表面の⑦並びに(ホ)及び(ト))の記載内容について事実と相違ないことを証明します。		
	年 月 日	事業の名称	電話() —
		事業場の所在地	〒 —
		事業主の氏名	印
		(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)	

表面の記入枠 を訂正したと きの訂正印欄	削 加 字 字 印	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
				㊞ () —	

様式第七号（三）を次のように改める。



業務災害用
複数業務要因災害用

標準字体															
ア	イ	ウ	エ	オ	カ	キ	ク	ケ	コ	サ	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			

療養補償給付及び複数事業労働者療養給付たる療養の費用請求書(同一傷病分)

※ 帳票種別	① 管轄局署	② 業通別	⑧ 受付年月日	⑩ 三者コード	⑪ 委任未支給	⑫ 特別加入者	⑬ 審査コード
34262		1業 3通			1 自 3 労 5 他	1 委任 3 未支給 7 未整	

③ 労働保険番号	府 県 所 掌 管 轄 基 幹 番 号 枝 番 号	④ 管轄局 種別 西暦年 番 号
⑤ 労働者の性別	⑥ 労働者の生年月日	⑦ 負傷又は発病年月日
1 男 3 女	1 明治 3 大正 5 昭和 7 平成 9 令和	
⑧ 労働者の氏名	⑨ 労働者の住所	⑩ 労働者の職種

⑪ 労働者の氏名	⑫ 労働者の住所	⑬ 労働者の職種

⑭ 労働者の氏名	⑮ 労働者の住所	⑯ 労働者の職種

⑰ 労働者の氏名	⑱ 労働者の住所	⑲ 労働者の職種

⑳ 労働者の氏名	㉑ 労働者の住所	㉒ 労働者の職種

㉓ 労働者の氏名	㉔ 労働者の住所	㉕ 労働者の職種

㉖ 労働者の氏名	㉗ 労働者の住所	㉘ 労働者の職種

㉙ 労働者の氏名	㉚ 労働者の住所	㉛ 労働者の職種

㉜ 労働者の氏名	㉝ 労働者の住所	㉞ 労働者の職種

㉟ 労働者の氏名	㊱ 労働者の住所	㊲ 労働者の職種

※印の欄は記入しないでください。
(職員が記入します。)

◎裏面の注意事項を読んでから記入してください。
折り曲げる場合には(㊲)の所を各に折りさらに2つ折りにしてください。

(注意) 一、二、三、記入欄の部分は、必ず黒のボールペンを使用し、様式右上に記載された「標準字体」にならって、枠からはみださないように大きめのカタカナ及びアラビア数字で明瞭に記載してください。
二、記載すべき事項のない欄又は記号は、空欄のままとし、事項を選択する場合は、必ず裏面に記載してください。
三、⑤及び⑥欄並びに⑦及び⑧欄の元号については、該当番号を記入欄に記入してください。
四、⑨及び⑩欄の氏名は、光字式文字露出装置(OCR)で正確な読み取りを行うので、汚したり、穴をあけたり、必要以上に強く折り曲げたり、のりづけたりしないでください。

様式第7号(3)(裏面)

労働者の (二) 所属事業場の 名称・所在地	(ホ) 負傷又は発病の時刻		(ヘ) 災害発生 の事実を確認 した者の氏名	職名
	午後	時 分頃		
(ト) 災害の原因及び発生状況 (ア) どのような場所で(イ) どのような作業をしているときに(ウ) どのような物又は環境に(エ) どのような不安全な又は有害な状態があつて(オ) どのような災害が発生したか(カ) ⑦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。				

療養の 内訳及び 金額	初 検 料		初検年月日 平成 年 月 日 時頃		時間外・深夜・休日加算		円			千			円		
	再 検 料		回	円	指 導 管 理 料		回	円							
	運 動 療 法 料		回	円	施 術 情 報 提 供 料			円							
	休 業 (補 償) 給 付 証 明 料		回	円	証 明 期 間										
	往 診 料		距離(片道) km	回	1回	円	夜間・難路・暴風雨雪加算		円						
	整 復 固 定 料 初回処置		傷病名及び部位			金 額		特 別 材 料 料							
			イ			円		円							
			ロ												
			ハ												
	後 療 料		イ			回	円	包 帯 交 換 料	回	円					
			ロ												
			ハ												
			ニ												
電 療 料		イ	回	ロ	回	ハ	回	ニ	回						
電 法 料	冷電法	イ	回	ロ	回	ハ	回	ニ	回						
	温電法	イ	回	ロ	回	ハ	回	ニ	回						
そ の 他															
合 計												千			円

- (注 意)
1. 共通の注意事項
- (1) この請求書は、柔道整復師から施術を受けた場合に提出すること。
- (2) 事項を選択する場合には、該当する事項を○で囲むこと。
- (3) (二)は、労働者の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、工事現場等を記載すること。
2. 傷病補償年金又は複数事業労働者傷病年金の受給権者が当該傷病に係る療養の費用を請求する場合以外の場合の注意事項
- (1) ④は、記載する必要がないこと。
- (2) (ヘ)は、災害発生の実事を確認した者(確認した者が多数あるときは、最初に発見した者)を記載すること。
- (3) (ヘ)及び(ト)は、第2回以後の場合には記載する必要がないこと。
- (4) 第2回以後の請求が離職後である場合には事業主の証明は受ける必要がないこと。
3. 傷病補償年金又は複数事業労働者傷病年金の受給権者が当該傷病に係る療養の費用を請求する場合の注意事項
- (1) ③、⑥、⑦及び(ホ)から(ト)までは記載する必要がないこと。
- (2) 事業主の証明は受ける必要がないこと。
4. 「事業主の氏名」の欄、「施術所の名称」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ること。
5. 複数事業労働者療養給付の請求は、療養補償給付の支給決定がなされた場合、遡って請求されなかったものとみなすこと。
6. ㊼「その他就業先の有無」欄の記載がない場合又は複数就業していない場合は、複数事業労働者療養給付の請求はないものとして取り扱うこと。
7. 疾病に係る請求の場合、脳・心臓疾患、精神障害及びその他二以上の事業の業務を要因とすることが明らかな疾病以外は、療養補償給付のみで請求されることとなること。

㊼その他就業先の有無	
有	有の場合のその数 (ただし表面の事業場を含まない)
無	社
有の場合で いずれかの 事業で特別 加入してい る場合の特 別加入状況 (ただし表 面の事業を 含まない)	労働保険事務組合又は特別加入団体の名称
	加入年月日
	年 月 日
労働保険番号(特別加入)	

派遣先事業 主証明欄	派遣元事業主が証明する事項(表面の⑦並びに(ホ)及び(ト))の記載内容について事実と相違ないことを証明します。		
	事業の名称		電話() —
	年 月 日	事業場の所在地	〒 —
	事業主の氏名		印
			(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)

委任状	
私は、柔道整復師 _____を代理人と定め、私が請求する表記療養の費用につき労災保 険から給付される金額の受領を委任します。	
年 月 日	委任者の住所 印 氏名 (記名押印又は署名)

表面の記入枠 を訂正したと きの訂正印欄	削 字 印	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
	加 字			印 () —	

様式第七号（四）を次のように改める。



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	サ	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	

はりきゅう

療養補償給付及び複数事業労働者療養給付たる療養の費用請求書(同一傷病分)

※ 帳票種別	① 管轄局署	② 業通別	⑧ 受付年月日	⑩ 三者コード	⑪ 委任未支給	⑫ 特別加入者	⑬ 審査コード
34263		1業 3通			1 自 3 労 5 他	1 委任 3 未支給 7 はり師	

③ 労働保険番号	府 県 所 掌 管 轄 基 幹 番 号 枝 番 号	④ 管轄局 種別 西暦年 番 号
⑤ 労働者の性別	⑥ 労働者の生年月日	⑦ 負傷又は発病年月日
1 男 3 女	1 明治 3 大正 5 昭和 7 平成 9 令和	
	1~9年は右→ 1~9月は右→ 1~9日は右→	1~9年は右→ 1~9月は右→ 1~9日は右→

⑨ 労働者の氏名	⑩ 郵便番号	⑪ 職種

⑫ 新規・変更	⑬ 預金の種類	⑭ 口座番号(左詰め。ゆうちょ銀行の場合は、記号(5桁)は左詰め、番号は右詰めで記入し、空欄には「0」を記入。)
振込の金融機関名 希望金融機関 口座名義人	1 普通 3 当座	
	メイギニン(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。	
	⑮ (つづき)メイギニン(カタカナ)	

⑯ ⑨の者については、⑦並びに裏面の(ホ)及び(ト)に記載したとおりであることを証明します。	事業の名称	電話() -
	年 月 日 事業場の所在地	〒 -
	事業主の氏名	印
	(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)	
	(注意) 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つては、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。	

⑯ ⑨の者については、(イ)から(ハ)まで及び⑰に記載したとおりであることを証明します。	年 月 日 施術所の名称	電話() -
	住 所	
	氏 名	印

療養の内容	(イ) 期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間 施術実日数 日
(ロ) 傷病の部位及び傷病名			
(ハ) 傷病の経過の概要			

⑰ ⑨の者については、(イ)から(ハ)まで及び⑰に記載したとおりであることを証明します。	⑱ 療養に要した費用の額(内訳裏面のとおり。)
⑲ 指定・指名番号	千 万 百 十 万 千 百 十 円
府 県 種 別 一 連 番 号	

⑲ 療養期間の初日	⑲ 療養期間の末日	⑲ 施術実日数	⑲ 転帰事由
元 号 年 月 日	元 号 年 月 日		1 治療 (症状固定) 3 継続 5 転医 7 中止
1~9年は右→ 1~9月は右→ 1~9日は右→	1~9年は右→ 1~9月は右→ 1~9日は右→		

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費用の支給を請求します。

年 月 日	〒 -	電話() -
請求人の住所	(方)	
氏名	印	

労働基準監督署長 殿

(注意) 一、二、三、記入欄の部分は、必ず黒のボールペンを使用し、様式右上に記載された「標準字体」にならって、枠からはみださないように大きめのカタカナ及びアラビア数字で明瞭に記載してください。二、記載すべき事項のない欄又は記入欄は、空欄のままとし、事項を選択する場合又は届出た口座を右の欄及び⑭から⑰までの欄は、口座を

※印の欄は記入しないでください。(職員が記入します。)

◎裏面の注意事項を読んでから記入してください。

折り曲げる場合には、(ハ)の所を各に折りさらに2つ折りにしてください。

様式第7号(4)(裏面)

労働者の (二) 所属事業場の 名称・所在地	(ホ) 負傷又は発病の時刻	(ヘ) 職名
	午前 午後 時 分頃	災害発生 の事実を 確認し た者の 氏名
(ト) 災害の原因及び発生状況 (ア) どのような場所で (イ) どのような作業をしているときに (ウ) どのような物又は環境に (エ) どのような不安全な又は有害な状態があつて (オ) どのような災害が発生したか (カ) ⑦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。		

療養の内訳及び金額

種 別					金 額					
初 検 料		初 検 年 月 日			加 算 料 金		千	円		
		年 月 日 時 頃			時間外・休日	円				
往 療 料		距 離 (片 道)		回数	1 回 の 料 金	夜間加算料金				
		km		回	円	円				
施 術 料	はり・きゅう	施 術 名		回数	1 回 の 料 金					
		は り		回	円					
		き ゅ う								
		はり・きゅう 併用								
		電気療法	電 気 針							
			電 気 温 灸 器							
	マ ッ サ ー ジ	マ ッ サ ー ジ								
		あ ん 法 料								
		変 形 徒 手 矯 正 術		(肢)						
		光線療法	極超短波 (超短波)							
			低 周 波							
	はり又はきゅうとマッサージの併用									
合 計										
備 考：(イ) はり・きゅうのみ (ロ) はり・きゅうと一般医療										

(注 意)

一、共通の注意事項

(一) この請求書は、あん摩マッサージ指圧師・はり師・きゅう師から施術を受けた場合に提出すること。

(二) マッサージの施術を受けた者は、初療の日及び初療の日から六か月を経過した日並びに六か月を経過した日以降三か月ごとの請求書に、医師の診断書を添えること。

(三) はり・きゅうの施術を受けた者は、初療の日及び初療の日から六か月を経過した日の請求書に、医師の診断書を添えること。また、初療の日から九か月を経過する場合は、はり師又はきゅう師の意見書及び症状経過表、更に医師の診断書、意見書を添えること。

(四) 事項を選択する場合には、該当する事項を○で囲むこと。

(五) (二)は、労働者の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、工事現場等を記載すること。

(一) 二、傷病補償年金又は複数事業労働者傷病年金の受給権者が当該傷病に係る療養の費用を請求する場合以外の場合の注意事項

(一) ④は、記載する必要がないこと。

(二) (ヘ)は、災害発生の事実を確認した者(確認した者が多数あるときは最初に発見した者)を記載すること。

(三) (ヘ)及び(ト)は、第二回以後の請求の場合には記載する必要がないこと。

(四) 第二回以後の請求が離職後である場合には事業主の証明は受ける必要がないこと。

(一) 三、傷病補償年金又は複数事業労働者傷病年金の受給権者が当該傷病に係る療養の費用を請求する場合の注意事項

(一) ③、⑥、⑦及び(ホ)から(ト)までは記載する必要がないこと。

(二) 事業主の証明は受ける必要がないこと。

㊤その他就業先の有無	
有	有の場合のその数 (ただし表面の事業場を含まない)
無	社
有の場合でいずれかの事業で特別加入している場合の特別加入状況(ただし表面の事業を含まない)	労働保険事務組合又は特別加入団体の名称
	加入年月日
	年 月 日
労働保険番号(特別加入)	

派遣先事業主証明欄	派遣元事業主が証明する事項(表面の⑦並びに(ホ)及び(ト))の記載内容について事実と相違ないことを証明します。 年 月 日 事業の名称 電話() — 事業場の所在地 〒 — 事業主の氏名 印 (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)
委任状	私は、あん摩マッサージ指圧師・はり師・きゅう師 _____を代理人と定め、私が、請求する表記療養の費用につき労災保険から給付される金額の受領を委任します。 年 月 日 委任者の住所 氏名 印 (記名押印又は署名)

表面の記入枠を訂正したときの訂正印欄	削 字 印 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
				㊤ () —	

様式第七号（五）を次のように改める。



標準字体															
アイウエオカキクケコ	サシスセソ	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							

訪看

※ 帳票種別	①管轄局	②業通別	⑧受付年月日	⑩三者コード	⑪委任未支給	⑫特別加入者	⑬審査コード
34265		1業 3通			1自 3労 5他	1委任 3未支給 5委未	

③労働保険番号	府 県 所 掌 管 轄 基 幹 番 号 枝 番 号	④管轄局 種別 西暦年 番 号
⑤労働者の性別	⑥労働者の生年月日	⑦負傷又は発病年月日
1男 3女	1明治 3大正 5昭和 7平成 9令和	
⑧労働者の氏名	⑨労働者の住所	⑩労働者の職種

⑪労働者の氏名	⑫労働者の住所	⑬労働者の職種
⑭労働者の生年月日	⑮労働者の負傷又は発病年月日	⑯労働者の性別
⑰労働者の氏名	⑱労働者の住所	⑲労働者の職種

①事業の名称	②事業場の所在地	③事業主の氏名
④事業の業種	⑤事業の種別	⑥事業の形態
⑦事業の開始年月日	⑧事業の終了年月日	⑨事業の実日数

⑩医師の氏名	⑪医師の住所	⑫医師の電話番号
⑬医師の診療科目	⑭医師の診療時間	⑮医師の診療回数
⑯医師の診療内容	⑰医師の診療結果	⑱医師の診療費用

①療養の内容	②療養の期間	③療養の費用
④療養の給付	⑤療養の給付額	⑥療養の給付回数
⑦療養の給付内容	⑧療養の給付結果	⑨療養の給付費用

①訪問看護の開始年月日	②訪問看護の終了年月日	③訪問看護の実日数
④訪問看護の費用	⑤訪問看護の給付	⑥訪問看護の給付額
⑦訪問看護の給付内容	⑧訪問看護の給付結果	⑨訪問看護の給付費用

①請求人の氏名	②請求人の住所	③請求人の電話番号
④請求人の職業	⑤請求人の年齢	⑥請求人の性別
⑦請求人の療養内容	⑧請求人の療養結果	⑨請求人の療養費用

①労働基準監督署長 殿	②労働基準監督署 殿	③労働基準監督署 殿
④労働基準監督署 殿	⑤労働基準監督署 殿	⑥労働基準監督署 殿
⑦労働基準監督署 殿	⑧労働基準監督署 殿	⑨労働基準監督署 殿

※印の欄は記入しないでください。
(職員が記入します。)
◎裏面の注意事項を読んでから記入してください。
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。

(二) 労働者の 所属事業場の 名称・所在地	(ホ) 負傷又は発病の時刻	(ヘ) 災害発生 の職名 事実を確認 した者の氏名
	午前 午後 時 分頃	
(ト)災害の原因及び発生状況 (ア)どのような場所で(イ)どのような作業をしているときに(ウ)どのような物又は環境に(エ)どのような不安全な又は有害な状態があつて(オ)どのような災害が発生したか(カ)⑦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。		

療養の内訳及び金額

傷病の経過									
基本療養費	看護師等	円×	日	円	指示期間 (特別指示期間)	年 月 日～ 年 月 日 / 年 月 日～ 年 月 日			
	准看護師	円×	日	円		年 月 日～ 年 月 日 / 年 月 日～ 年 月 日			
		円×	日	円	訪 問 日				
	加 算	円	加 算	円					
	加 算	円	加 算	円					
精神科基本療養費	看護師等	円×	日	円	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31				
	准看護師	円×	日	円					
		円×	日	円					
	加 算	円	加 算	円					
	加 算	円	加 算	円					
管理療養費	初 日			円	主治医への直近報告年月日				
	2 日 目 以 降		日	円					
		加 算	円	加 算	円	提供した情報の概要			
	加 算	円	加 算	円					
情報提供療養費		円			情報提供先の市(区)町村の名称				
ターミナルケア療 養 費		死亡年月日 年 月 日 円							
合 計		円							

- (注 意)
1. 共通の注意事項
(1) この請求書は、訪問看護事業者から訪問看護を受けた場合に提出すること。
(2) (二)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、工事現場等を記載すること。
 2. 傷病補償年金又は複数事業労働者傷病年金の受給権者が当該傷病に係る療養の費用を請求する場合以外の場合の注意事項
(1) ④は、記載する必要がないこと。
(2) (ヘ)は、災害発生の実事確認した者(確認した者が多数あるときは最初に発見した者)を記載すること。
(3) (ヘ)及び(ト)は、第2回以後の請求の場合には記載する必要がないこと。
(4) 第2回以後の請求が離職後である場合には事業主の証明は受ける必要がないこと。
 3. 傷病補償年金又は複数事業労働者傷病年金の受給権者が当該傷病に係る療養の費用を請求する場合の注意事項
(1) ③、⑥、⑦、(ホ)、(ヘ)及び(ト)は記載する必要がないこと。
(2) 事業主の証明は受ける必要がないこと。
 4. 「療養の内訳及び金額」の各欄に書き切れない場合は、余白に記載するか、別紙を添付すること。
 5. 複数事業労働者療養給付の請求は、療養補償給付の支給決定がなされた場合、遡って請求されなかったものとみなすこと。
 6. ④「その他就業先の有無」欄の記載がない場合又は複数就業していない場合は、複数事業労働者療養給付の請求はないものとして取り扱うこと。
 7. 疾病に係る請求の場合、脳・心臓疾患、精神障害及びその他二以上の事業の業務を要因とすることが明らかな疾病以外は、療養補償給付のみで請求されること。

④その他就業先の有無	
有	有の場合のその数 (ただし表面の事業場を含まない)
無	社
有の場合 でいずれ かの事業 で特別加 入してい る場合の 特別加入 状況 (ただし 表面の事 業を含ま ない)	労働保険事務組合又は 特別加入団体の名称
	加入年月日 年 月 日
労働保険番号(特別加入)	

派遣先事業主証明欄	派遣元事業主が証明する事項(表面の⑦並びに(ホ)及び(ト))の記載内容について事実と相違ないことを証明します。		
	事業の名称 電話() —		
	年 月 日	事業場の所在地 〒 —	
	事業主の氏名 印 (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)		

表面の記入枠 を訂正したと きの訂正印欄	削 字 印
	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
		㊞	() —

様式第八号（表面）及び（裏面）を次のように改める。



業務災害用
複数業務要因災害用

労働者災害補償保険
休業補償給付支給請求書 第 回
複数事業労働者休業給付支給請求書
休業特別支給金支給申請書(同一傷病分)

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サ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													

※帳票種別 ①管轄局署 ③新継再別 ④受付年月日 ⑧業通別 ⑨三者コード ⑩日雇コード ⑪特別加入者

34360 1新5継7再 1業3通 1自3労5他 1日 1特

⑦平均賃金 ⑫特別給与の額 ⑬日数査定 ⑭特支コード ⑮委任未支給 ⑯特別コード

※ 10万 万 千 百 十 円 十 銭 千 万 百 万 十 万 千 百 十 円 1療2賃3待4重5他 1特 1委3未 1特

(注意) 一、二、三、記入枠の部分は、必ず黒のボールペンを使用し、様式右上に記載された「標準字体」にならって、枠からはみださないように大きめのカタカナ及びアラビア数字で明瞭に記載してください。

二、記載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又は届け出た口座を変更する場合のみ記入してください。

三、〇〇〇〇で表示された枠(以下、記入枠という。)に記入する文字は、光学的文字読取装置(OCR)で直接読取りを行うので、汚したり、穴をあけたり、必要以上に強く折り曲げたり、のりづけしたりしないでください。

②労働保険番号 ⑤労働者の性別 ⑥労働者の生年月日 ⑦負傷又は発病年月日

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。

⑫労働氏名 (歳)

⑦郵便番号 ⑩賃金を受けなかった日の日数(内訳別紙2のとおり)

⑬療養のため労働できなかった期間 ⑭金庫 ⑮農協 ⑯信用組合 ⑰本店 ⑱支店 ⑲支所

②預金の種類 ④口座番号(左詰め。ゆうちょ銀行の場合は、記号(5桁)は左詰め、番号は右詰めして記入し、空欄には「0」を記入。)

1普通 3当座

⑤メイギニン(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。

⑥(つづき)メイギニン(カタカナ)

④金融機関コード ⑦郵便局コード

⑫の者については、⑦、⑩、⑫から⑬まで(⑬の(ハ)を除く。)及び別紙2に記載したとおりであることを証明します。

年 月 日

事業の名称 電話() -

事業場の所在地 〒 -

事業主の氏名 印

(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)

労働者の直接所属事業場名称所在地 電話() -

⑫の者については、⑧から⑩までに記載したとおりであることを証明します。

年 月 日

〒 - 電話() -

所 在 地

病院又は診療所の名称

診療担当者氏名 印

⑫の者については、⑧から⑩までに記載したとおりであることを証明します。

年 月 日

〒 - 電話() -

所 在 地

病院又は診療所の名称

診療担当者氏名 印

⑫の者については、⑧から⑩までに記載したとおりであることを証明します。

年 月 日

〒 - 電話() -

所 在 地

病院又は診療所の名称

診療担当者氏名 印

⑫の者については、⑧から⑩までに記載したとおりであることを証明します。

年 月 日

〒 - 電話() -

所 在 地

病院又は診療所の名称

診療担当者氏名 印

⑫の者については、⑧から⑩までに記載したとおりであることを証明します。

年 月 日

〒 - 電話() -

所 在 地

病院又は診療所の名称

診療担当者氏名 印

⑫の者については、⑧から⑩までに記載したとおりであることを証明します。

年 月 日

〒 - 電話() -

所 在 地

病院又は診療所の名称

診療担当者氏名 印

※印の欄は記入しないでください。
(職員が記入します。)

◎裏面の注意事項を読んでから記入してください。

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。

上記により休業補償給付又は複数事業労働者休業給付の支給を請求します。

年 月 日 〒 - 電話() -

住所 (方)

請求人の氏名 印

労働基準監督署長 殿

様式第八号に次の別紙を加える。



複数事業労働者用

① 労働保険番号(請求書に記載した事業場以外の就労先労働保険番号)

都道府県	所掌	管轄	基幹番号						枝番号		

② 労働者の氏名・性別・生年月日・住所

(フリガナ氏名)	男	生年月日
(漢字氏名)	女	(明治・大正・昭和・平成・令和) 年 月 日
〒	—	
(フリガナ住所)		
(漢字住所)		

③ 平均賃金(内訳は別紙1のとおり)

円	銭	④休業補償給付額及び休業特別支給金額の改定比率(平均給与額証明書のとおり)
---	---	---------------------------------------

⑤ 雇入期間

(昭和・平成・令和)	年	月	日	から	年	月	日	まで
------------	---	---	---	----	---	---	---	----

⑥ 療養のため労働できなかつた期間

(昭和・平成・令和)	年	月	日	から	年	月	日	まで		日間のうち
⑦ 賃金を受けなかつた日数(内訳は別紙2のとおり)										日

⑧ 厚生年金保険等の受給関係

(イ)基礎年金番号				(ロ)被保険者資格の取得年月日	年	月	日
(ハ)当該傷病に関して支給される年金の種類等							
年金の種類	厚生年金保険法の	イ 障害年金	ロ 障害厚生年金				
	国民年金法の	ハ 障害年金	ニ 障害基礎年金				
	船員保険法の	ホ 障害年金					
障害等級	級	支給されることとなつた年月日	年 月 日				
基礎年金番号及び厚生年金等の年金証書の年金コード							
所轄年金事務所等							

上記②の者について、③から⑧に記載されたとおりであることを証明します。

年 月 日

事業の名称

電話() —

事業場の所在地

労働基準監督署長 殿

事業主の氏名

印

様式第九号（裏面）を次のように改める。



様式第 9 号 (裏面)

[注意]

- 1 この証明書は、平成 2 年 9 月 30 日以前にその額が改定されたことのない休業補償給付、複数事業労働者休業給付、休業給付及び休業特別支給金の申請については必要としないこと。
- 2 (1)については、常時1,000人以上の労働者を使用する事業場についてのみ記載すること。ただし、被災労働者が日雇い入れられる者であるときは、その必要がないこと。
- 3 同種労働者欄には、当該事業場に被災労働者と同種の労働者（すなわち同一職種の同一条件の労働者）がいる場合についてのみ記載すること。
- 4 全労働者欄には、該当事業場に被災労働者と同種の労働者がいない場合に記載すること。
- 5 A欄には、被災労働者が負傷し又は疾病にかかった日の属する四半期（1月から3月まで、4月から6月まで、7月から9月まで、10月から12月までの各区分による期間）の各月における所定労働日数、延労働者数、賃金総額、1人1日当たりの賃金及び1人1箇月当たりの賃金並びにその四半期の平均給与額を記載すること。ただし、既に休業補償給付、複数事業労働者休業給付、休業給付又は休業特別支給金の額を改訂した場合には、前回改訂の算出の基礎となつた四半期の各月における所定労働日数、延労働者数、賃金総額、1人1日当たりの賃金及び1人1箇月当たりの賃金並びにその四半期の平均給与額を記載すること。
- 6 B欄には、A欄の期間（四半期）の後の四半期の平均給与額がA欄記載の四半期の平均給与額より20%を超えて上昇し又は低下した場合においてその四半期の各月における所定労働日数、延労働者数、賃金総額、1人1日当たりの賃金及び1人1箇月当たりの賃金並びにその四半期の平均給与額を記載すること。
- 7 賃金総額欄には、所定労働時間労働した場合に支払われる通常の賃金の総額を記載すること。
- 8 改訂比率は、百分率をもって記載し1/100に満たない端数は、切り捨てること。
- 9 「事業主の氏名」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る。

社会保険 労働者 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
		㊟	() —

様式第十号を次のように改める。



業務災害用
複数業務要因災害用

労働者災害補償保険

障害補償給付支給請求書
労働者災害特別年金給付支給申請書

① 労働保険番号									フリガナ						④ 負傷又は発病年月日						
府 県	所 掌	管 轄	基 幹 番 号				枝 番 号		③ 労働者の	氏 名		(男・女)				年 月 日					
								生 年 月 日		年 月 日 (歳)				午 前後 時 分頃							
								フリガナ													
								住 所						⑤ 傷病の治癒した年月日							
								職 種						年 月 日							
② 年金証書の番号									所 属 事 業 場 名 称 ・ 所 在 地						⑦ 平 均 賃 金						
管 轄 局									種 別		西 暦 年		番 号								
														⑧ 特別給与の総額(年額)							
⑥ 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を簡明に記載すること									円 銭			
																		円			

⑨ 厚生年金保険等の受給関係	① 厚年等の年金証書の基礎年金番号・年金コード										⑩ 被保険者資格の取得年月日		年 月 日			
	Ⓐ 当該傷病に関するして支給される年金の種類等		年 金 の 種 類				厚生年金保険法のイ、障害年金 国民年金法のイ、障害年金 船員保険法の障害年金				ロ、障害厚生年金 ロ、障害基礎年金					
			障 害 等 級								級					
			支 給 さ れ る 年 金 の 額								円					
			支給されることとなった年月日				年 月 日									
			厚年等の年金証書の基礎年金番号・年金コード													
	所 轄 年 金 事 務 所 等															

③の者については、④、⑥から⑧まで並びに⑨の①及び⑩に記載したとおりであることを証明します。

事業の名称	電話() —
事業場の所在地	〒 —
事業主の氏名	⑪

(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)

〔注意〕⑨の①及び⑩については、③の者が厚生年金保険の被保険者である場合に限り証明すること。

⑩ 障害の部位及び状態		(診断書のとおり)		⑪ 既存障害がある場合にはその部位及び状態					
⑫ 添付する書類名									
⑬ 年金の払渡しと受けるこす希望は郵便又は郵融機ををる関局		金融機関 (郵便貯金銀行の支店等を除く。)	名 称	※ 金融機関店舗コード					
			銀行・金庫 農協・漁協・信組		本店・本所 出張所 支店・支所				
		預金通帳の記号番号		普通・当座 第 号					
		郵便支店等又は郵便局	フリガナ	※ 郵便局コード					
			名 称						
所 在 地	都道府県 市郡区								
預金通帳の記号番号		第 号							

上記により ⑬ 年金の払渡しと受けるこす希望は郵便又は郵融機ををる関局 の支給を請求します。

⑬ 年金の払渡しと受けるこす希望は郵便又は郵融機ををる関局 の支給を申請します。

請求人 申請人 の 住所

氏名 ⑫

☐本件手続を裏面に記載の社会保険労務士に委託します。

個人番号															
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

振込を希望する金融機関の名称		預金の種類及び口座番号	
銀行・金庫 農協・漁協・信組		本店・本所 出張所 支店・支所	
		普通・当座 第 号 口座名義人	

様式第10号(裏面)

⑭その他就業先の有無			
有	有の場合のその数 (ただし表面の事業場を含まない)	有の場合でいずれかの事業で特別加入している場合の特別加入状況 (ただし表面の事業を含まない)	
無	社	労働保険事務組合又は特別加入団体の名称	
労働保険番号(特別加入)		加入年月日	
		年	月 日
		給付基礎日額	
		円	

- [注意]
- 1 ※印欄には記載しないこと。
 - 2 事項を選択する場合には該当する事項を○で囲むこと。
 - 3 ③の労働者の「所属事業場名称・所在地」欄には、労働者の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、工事現場等を記載すること。
 - 4 ⑦には、平均賃金の算定基礎期間中に業務外の傷病の療養のため休業した期間が含まれている場合に、当該平均賃金に相当する額がその期間の日数及びその期間中の賃金を業務上の傷病の療養のため休業した期間の日数及びその期間中の賃金とみなして算定した平均賃金に相当する額に満たないときは、当該みなして算定した平均賃金に相当する額を記載すること(様式第8号の別紙1に内訳を記載し添付すること。ただし、既に提出されている場合を除く。)。
 - 5 ⑧には、負傷又は発病の日以前1年間(雇入後1年に満たない者については、雇入後の期間)に支払われた労働基準法第12条第4項の3箇月を超える期間ごとに支払われる賃金の総額を記載すること(様式第8号の別紙1に内訳を記載し添付すること。ただし、既に提出されている場合を除く。)。
 - 6 請求人(申請人)が傷病補償年金又は複数事業労働者傷病年金を受けていた者であるときは、
 - (1) ①、④及び⑥には記載する必要がないこと。
 - (2) ②には、傷病補償年金又は複数事業労働者傷病年金に係る年金証書の番号を記載すること。
 - (3) 事業主の証明を受ける必要がないこと。
 - 7 請求人(申請人)が特別加入者であるときは、
 - (1) ⑦には、その者の給付基礎日額を記載すること。
 - (2) ⑧は記載する必要がないこと。
 - (3) ④及び⑥の事項を証明することができる書類その他の資料を添えること。
 - (4) 事業主の証明を受ける必要がないこと。
 - 8 ⑬については、障害補償年金、複数事業労働者障害年金又は障害特別年金の支給を受けることとなる場合において、障害補償年金、複数事業労働者障害年金又は障害特別年金の払渡しを金融機関(郵便貯金銀行の支店等を除く。)から受けることを希望する者にあつては「金融機関(郵便貯金銀行の支店等を除く。)」欄に、障害補償年金、複数事業労働者障害年金又は障害特別年金の払渡しを郵便貯金銀行の支店等又は郵便局から受けることを希望する者にあつては「郵便貯金銀行の支店等又は郵便局」欄に、それぞれ記載すること。
なお、郵便貯金銀行の支店等又は郵便局から払渡しを受けることを希望する場合であつて振込によらないときは、「預金通帳の記号番号」の欄は記載する必要はないこと。
 - 9 「事業主の氏名」の欄及び「請求人(申請人)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ること。
 - 10 「個人番号」の欄については、請求人(申請人)の個人番号を記載すること。
 - 11 本件手続を社会保険労務士に委託する場合は、「請求人(申請人)の氏名」欄の下の□にレ点を記入すること。
 - 12 ⑭「その他就業先の有無」で「有」に○を付けた場合は、様式第8号の別紙3をその他就業先ごとに記載すること。その際、その他就業先ごとに様式第8号の別紙1を記載し添付すること。なお、既に他の保険給付の請求において記載している場合は、記載の必要がないこと。
 - 13 複数事業労働者障害年金の請求は、障害補償年金の支給決定がなされた場合、遡って請求されなかったものとみなされること。
 - 14 ⑭「その他就業先の有無」欄の記載がない場合又は複数就業していない場合は、複数事業労働者障害年金の請求はないものとして取り扱うこと。
 - 15 疾病に係る請求の場合、脳・心臓疾患、精神障害及びその他二以上の事業の業務を要因とすることが明らかな疾病以外は、障害補償年金のみで請求されることとなること。

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
		㊟	() —

様式第十一号を次のように改める。



①年金証書の番号	管轄局	種別	西暦年	番	号
氏名					
②労働者の生年月日	年 月 日				
住所					
③現在受けている障害補償年金、 複数事業労働者障害年金又は 障害年金に係る障害等級	第 級				
④現在受けている障害補償年金、 複数事業労働者障害年金又は 障害年金が支給されることと なった年月日	年 月 日				
⑤障害の部位及び状態	(診断書のとおりに。)				
⑥添付する書類その他の資料名					

電話()

請求人 住所
申請人 の
氏名 (印)

(注意) 「請求人(申請人)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ること。

振込を希望する金融機関の名称		預金の種類及び口座番号
銀行・金庫 農協・漁協・信組	本店・本所 出張所 支店・支所	普通・当座 第 号 <u>名義人</u>

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
		㊞	() —

様式第十二号を次のように改める。



業務災害用
複数業務要因災害用

労働者災害補償保険

① 労働保険番号													フリガナ												④ 負傷又は発病年月日						
府 県		所 掌		管 轄		基 幹			番 号			枝 番		号		③ 死亡労働者の 死亡労働者の	氏 名		(男・女)										年 月 日		
															生年月日		年 月 日 (歳)										午 前後 時 分頃				
② 年金証書の番号															職 種												⑤ 死 亡 年 月 日				
管 轄 局		種 別		西 暦 年		番 号			枝 番		号				③ 死亡労働者の 死亡労働者の	所属事業場 名称・所在地												年 月 日			
																										⑦ 平 均 賃 金					
⑥ 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を簡明に記載すること															円 銭			
																												⑧ 特別給与の総額(年額)			
																												円			
⑨ 厚生年金保険関係	① 死亡労働者の厚年等の年金証書の基礎年金番号・年金コード													② 死亡労働者の被保険者資格の取得年月日													年 月 日				
														③ 当該死亡に関して支給される年金の種類																	
	厚生年金保険法のイ 遺族年金 ロ 遺族厚生年金													国民年金法のイ 母子年金 ロ 準母子年金 ハ 遺児年金 ニ 寡婦年金 ホ 遺族基礎年金													船 員 保 険 法 の 遺 族 年 金				
	支給される年金の額						支給されることとなった年月日						厚年等の年金証書の基礎年金番号・年金コード (複数のコードがある場合は下段に記載すること。)						所轄年金事務所等												
	円						年 月 日																								
受けていない場合は、次のいずれかを○で囲む。													・裁定請求中 ・不支給裁定 ・未加入 ・請求していない ・老齢年金等選択																		
③の者については、④、⑥から⑧まで並びに⑨の①及び②に記載したとおりであることを証明します。																															
年 月 日													事 業 の 名 称													電話() —					
																										〒 —					
〔注意〕													事業場の所在地																		
⑨の①及び②については、③の者が厚生年金保険の被保険者である場合に限り証明すること。													事業主の氏名													③					
													(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)																		
⑩ 請求人	氏 名 (フリガナ)						生 年 月 日						住 所 (フリガナ)						死亡労働者との関係		障害の有無		請求人(申請人)の代表者を選任しないときは、その理由								
							・														ある・ない										
							・														ある・ない										
							・														ある・ない										
⑪ 年金又は複数事業労働者遺族年金請求人(申請人以外の遺族補償を受けることができる遺族)	氏 名 (フリガナ)						生 年 月 日						住 所 (フリガナ)						死亡労働者との関係		障害の有無		請求人(申請人)と生計を同じくしているか								
							・														ある・ない		いる・いない								
							・														ある・ない		いる・いない								
							・														ある・ない		いる・いない								
							・														ある・ない		いる・いない								
⑫ 添付する書類その他の資料名																															
⑬ 年金の払渡しを受けることを希望する金融機関又は郵便局													金融機関(郵便貯金銀行の支店等を除く。)	名 称						※金融機関店舗コード											
														銀行・金庫 本店・本所 農協・漁協・信組 出張所 支店・支所																	
														預 金 通 帳 の 号						普通・当座 第 号											
														フリガナ						※ 郵便局コード											
														名 称																	
						所 在 地						都 道 府 県						市 郡 区													
						預 金 通 帳 の 号						第 号																			

遺族補償年金
複数事業労働者遺族年金
遺族特別支給金
遺族特別年金

上記により
年 月 日

の支給を請求します。
の支給を申請します。

労働基準監督署長 殿

請求人
申請人
(代表者)

住所
氏 名

〒 — 電話() —

□本件手続を裏面に記載の社会保険労務士に委託します。

個人番号

特別支給金について振込を希望する金融機関の名称		預金の種類及び口座番号	
銀行・金庫 農協・漁協・信組	本店・本所 出張所 支店・支所	普通・当座 第 号 口座名義人	

⑭その他就業先の有無		
有	有の場合のその数 (ただし表面の事業場を含まない)	有の場合でいずれかの事業で特別加入している場合の特別加入状況 (ただし表面の事業を含まない)
無	社	労働保険事務組合又は特別加入団体の名称
労働保険番号(特別加入)		加入年月日
		年 月 日
		給付基礎日額
		円

- 〔注意〕
- ※印欄には記載しないこと。
 - 事項を選択する場合には該当する事項を○で囲むこと。
 - ③の死亡労働者の「所属事業場名称・所在地」欄には、死亡労働者が直接所属していた事業場が一括適用の取扱いを受けている場合に、死亡労働者が直接所属していた支店、工事現場等を記載すること。
 - ⑦には、平均賃金の算定基礎期間中に業務外の傷病の療養のため休業した期間が含まれている場合に、当該平均賃金に相当する額がその期間の日数及びその期間中の賃金を業務上の傷病の療養のため休業した期間の日数及びその期間中の賃金とみなして算定した平均賃金に相当する額に満たないときは、当該みなして算定した平均賃金に相当する額を記載すること(様式第8号の別紙1に内訳を記載し添付すること。ただし、既に提出されている場合を除く。)。
 - ⑧には負傷又は発病の日以前1年間(雇入後1年に満たない者については、雇入後の期間)に支払われた労働基準法第12条第4項の3箇月を超える期間ごとに支払われる賃金の総額を記載すること(様式第8号の別紙1に内訳を記載し添付すること。ただし、既に提出されている場合を除く。)。
 - 死亡労働者が傷病補償年金又は複数事業労働者傷病年金を受けていた場合には、
 - ①、④及び⑥には記載する必要がないこと。
 - ②には、傷病補償年金又は複数事業労働者傷病年金に係る年金証書の番号を記載すること。
 - 事業主の証明を受ける必要がないこと。
 - 死亡労働者が特別加入者であった場合には、
 - ⑦にはその者の給付基礎日額を記載すること。
 - ⑧は記載する必要がないこと。
 - ④及び⑥の事項を証明することができる書類その他の資料を添えること。
 - 事業主の証明を受ける必要がないこと。
 - ⑨から⑫までに記載することができない場合には、別紙を付して所要の事項を記載すること。
 - この請求書(申請書)には、次の書類その他の資料を添えること。ただし、個人番号が未提出の場合を除き、(2)、(3)及び(5)の書類として住民票の写しを添える必要はないこと。
 - 労働者の死亡に関して市町村長に提出した死亡診断書、死体検案書若しくは検視調書に記載してある事項についての市町村長の証明書又はこれに代わるべき書類
 - 請求人(申請人)及び請求人(申請人)以外の遺族補償年金又は複数事業労働者遺族年金を受けることができる遺族と死亡労働者との身分関係を証明することができる戸籍の謄本又は抄本(請求人(申請人)又は請求人(申請人)以外の遺族補償年金又は複数事業労働者遺族年金を受けることができる遺族が死亡労働者と婚姻の届出をしていないが事実上婚姻関係と同様の事情にあつた者であるときは、その事実を証明することができる書類)
 - 請求人(申請人)及び請求人(申請人)以外の遺族補償年金又は複数事業労働者遺族年金を受けることができる遺族(労働者の死亡の当時胎児であつた子を除く。)が死亡労働者の収入によつて生計を維持していたことを証明することができる書類
 - 請求人(申請人)及び請求人(申請人)以外の遺族補償年金又は複数事業労働者遺族年金を受けることができる遺族のうち労働者の死亡の時から引き続き障害の状態にある者については、その事実を証明することができる医師又は歯科医師の診断書その他の資料
 - 請求人(申請人)以外の遺族補償年金又は複数事業労働者遺族年金を受けることができる遺族のうち、請求人(申請人)と生計を同じくしている者については、その事実を証明することができる書類
 - 障害の状態にある妻については、労働者の死亡の時以後障害の状態にあつたこと及びその障害の状態が生じ、又はその事情がなくなつた時を証明することができる医師又は歯科医師の診断書その他の資料
 - ⑬については、次により記載すること。
 - 遺族補償年金又は複数事業労働者遺族年金の支給を受けることとなる場合において、遺族補償年金又は複数事業労働者遺族年金の払渡しを金融機関(郵便貯金銀行の支店等を除く。)から受けることを希望する者にあつては「金融機関(郵便貯金銀行の支店等を除く。)」欄に、遺族補償年金又は複数事業労働者遺族年金の払渡しを郵便貯金銀行の支店等又は郵便局から受けることを希望する者にあつては「郵便貯金銀行の支店等又は郵便局」欄に、それぞれ記載すること。
なお、郵便貯金銀行の支店等又は郵便局から払渡しを受けることを希望する場合であつて振込によらないときは、「預金通帳の記号番号」の欄は記載する必要はないこと。
 - 請求人(申請人)が2人以上ある場合において代表者を選任しないときは、⑩の最初の請求人(申請人)について記載し、その他の請求人(申請人)については別紙を付して所要の事項を記載すること。
 - 「事業主の氏名」の欄及び「請求人(申請人)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ること。
 - 「個人番号」の欄については、請求人(申請人)の個人番号を記載すること。
 - 本件手続を社会保険労務士に委託する場合は、「請求人(申請人)の氏名」欄の下の方の□にレ点を記入すること。
 - ⑭「その他就業先の有無」で「有」に○を付けた場合は、様式第8号の別紙3をその他就業先ごとに記載すること。その際、その他就業先ごとに様式第8号の別紙1を記載し添付すること。なお、既に他の保険給付の請求において記載している場合は、記載の必要がないこと。
 - 複数事業労働者遺族年金の請求は、遺族補償年金の支給決定がなされた場合、遡って請求されなかったものとみなされること。
 - ⑭「その他就業先の有無」欄の記載がない場合又は複数就業していない場合は、複数事業労働者遺族年金の請求はないものとして取り扱うこと。

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
		㊟	() —

様式第十三号を次のように改める。



様式第13号(裏面)

〔注意〕

- 1 ※印欄には記載しないこと。
- 2 事項を選択する場合には該当する事項を○で囲むこと。
- 3 先順位者が失権したことにより又は所在不明の先順位者について遺族補償年金、複数事業労働者遺族年金若しくは遺族年金の支給が停止されたことにより、新たに受給権者となった者がこの請求書(申請書)を提出するときは、次の書類その他の資料を添えること。ただし、個人番号が未提出の場合を除き、(3)の書類として住民票の写しを添える必要はないこと。
 - (1) 請求人(申請人)及び請求人(申請人)と生計を同じくしている遺族補償年金、複数事業労働者遺族年金又は遺族年金を受けることができる遺族と死亡した労働者との身分関係を証明することができる戸籍の謄本又は抄本
 - (2) 請求人(申請人)及び請求人(申請人)と生計を同じくしている遺族補償年金、複数事業労働者遺族年金又は遺族年金を受けることができる遺族のうち障害の状態にあることにより遺族補償年金、複数事業労働者遺族年金又は遺族年金を受けることができる者については、その者が労働者の死亡の時から引き続き障害の状態にあることを証明することができる医師又は歯科医師の診断書その他の資料
 - (3) 請求人(申請人)と生計を同じくしている遺族補償年金、複数事業労働者遺族年金又は遺族年金を受けることができる遺族については、その者が請求人(申請人)と生計を同じくしていることを証明することができる書類
- 4 労働者の死亡当時胎児であつた子が出生した場合において、その同順位者又は後順位者が遺族補償年金、複数事業労働者遺族年金又は遺族年金の支給を受けているときは、次の書類その他の資料を添えること。ただし、個人番号が未提出の場合を除き、(3)の書類として住民票の写しを添える必要はないこと。
 - (1) 請求人(申請人)及び請求人(申請人)と生計を同じくしている遺族補償年金、複数事業労働者遺族年金又は遺族年金を受けることができる遺族と死亡した労働者との身分関係を証明することができる戸籍の謄本又は抄本
 - (2) 請求人(申請人)と生計を同じくしている遺族補償年金、複数事業労働者遺族年金又は遺族年金を受けることができる遺族のうち、障害の状態にあることにより遺族補償年金、複数事業労働者遺族年金又は遺族年金を受けることができる者については、その者が労働者の死亡の時から引き続き障害の状態にあることを証明することができる医師又は歯科医師の診断書その他の資料
 - (3) 請求人(申請人)と生計を同じくしている遺族補償年金、複数事業労働者遺族年金又は遺族年金を受けることができる遺族については、その者が請求人(申請人)と生計を同じくしていることを証明することができる書類
- 5 ③、④、⑤及び⑦に記載することができない場合には、別紙を付して所要の事項を記載すること。
- 6 ⑧については、次により記載すること。
 - (1) 遺族補償年金、複数事業労働者遺族年金若しくは遺族年金又は遺族特別年金の支給を受けることとなる場合において、遺族補償年金、複数事業労働者遺族年金若しくは遺族年金又は遺族特別年金の払渡しを金融機関(郵便貯金銀行の支店等を除く。)から受けることを希望する者にあつては「金融機関(郵便貯金銀行の支店等を除く。)」欄に、遺族補償年金、複数事業労働者遺族年金若しくは遺族年金又は遺族特別年金の払渡しを郵便貯金銀行の支店等又は郵便局から受けることを希望する者にあつては「郵便貯金銀行の支店等又は郵便局」欄に、それぞれ記載すること。なお、郵便貯金銀行の支店等又は郵便局から払渡しを受けることを希望する場合であつて振込によらないときは、「預金通帳の記号番号」の欄は記載する必要はないこと。
 - (2) 請求人(申請人)が2人以上ある場合において代表者を選任しないときは、③の最初の請求人(申請人)について記載し、その他の請求人(申請人)については別紙を付して所要の事項を記載すること。
- 7 「請求人(申請人)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ること。
- 8 「個人番号」の欄については、請求人(申請人)の個人番号を記載すること。
- 9 本件手続を社会保険労務士に委託する場合は、「請求人(申請人)の氏名」欄の下の方にレ点を記入すること。

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
		㊟	() —

様式第十四号を次のように改める。



上記のとおり所在不明者に係る遺族補償者遺族年金金の支給停止を申請します。

氏 名 (印)

- | | | | |
|---------------------------|----------------------|-----|-------------------|
| 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 |
| | | 印 | () — |

様式第十五号を次のように改める。



労働者災害補償保険

遺族補償一時金

複数事業労働者遺族一時金

支給請求書

遺族特別支給金

遺族特別一時金

支給申請書

① 労働保険番号					③ フリガナ 氏 名 生年月日 職 種 所属事業場 名 称 所 在 地	④ 負傷又は発病年月日 年 月 日 午 前後 時 分頃 ⑤ 死 亡 年 月 日 年 月 日 ⑦ 平 均 賃 金 円 銭 ⑧ 特別給与の総額(年額) 円	
府県	所掌	管轄	基 幹 番 号				枝番号
② 年金証書の番号							
管轄局	種別	西暦年	番 号		枝番号		
⑥ 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を簡明に記載すること							
③の者については、④及び⑥から⑧までに記載したとおりであることを証明します。							
電話() ー							
事業の名称							
年 月 日							
事業場の所在地							
事業主の氏名 ㊟							
(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)							
⑨ 請 申 求 請 人 人	フリガナ 氏 名		生 年 月 日	フリガナ 住 所	死 亡 労 働 者 と の 関 係	請求人(申請人)の代表者を 選任しないときはその理由	
			年 月 日				
			年 月 日				
			年 月 日				
			年 月 日				
			年 月 日				
⑩ 添付する書類その他の資料名							

上記により

遺族補償一時金
複数事業労働者遺族一時金
遺族特別支給金
遺族特別一時金

の支給を請求します。

の支給を申請します。

ー ー 電話() ー

方

年 月 日

請求人
申請人
(代表者) の 住 所

氏 名 ㊟

労働基準監督署長 殿

振込を希望する金融機関の名称		預金の種類及び口座番号
銀行・金庫	本店・本所 出張所	普 通 ・ 当 座 第 号
農協・漁協・信組	支店・支所	口座名義人

様式第15号(裏面)

⑪その他就業先の有無		
有 無	有の場合のその数 (ただし表面の事業場を含まない) 社	有の場合でいずれかの事業で特別加入している場合の特別加入状況 (ただし表面の事業を含まない)
		労働保険事務組合又は特別加入団体の名称
労働保険番号(特別加入)		加入年月日
		年 月 日
		給付基礎日額
		円

- 〔注意〕
- 1 事項を選択する場合には該当する事項を○で囲むこと。
 - 2 ②には、死亡労働者の傷病補償年金又は複数事業労働者傷病年金に係る年金証書の番号を記載すること。
 - 3 ③の死亡労働者の所属事業場名称・所在地欄には、死亡労働者が直接所属していた事業場が一括適用の取扱いを受けている場合に、死亡労働者が直接所属していた支店、工事現場等を記載すること。
 - 4 平均賃金の算定基礎期間中に業務外の傷病の療養のため休業した期間が含まれている場合に、当該平均賃金に相当する額がその期間の日数及びその期間中の賃金を業務上の傷病の療養のため休業した期間の日数及びその期間中の賃金とみなして算定した平均賃金に相当する額に満たないときは、当該みなして算定した平均賃金に相当する額を⑦に記載すること。
 - 5 ⑧には負傷又は発病の日以前1年間(雇入後1年に満たない者については雇入後の期間)に支払われた労働基準法第12条第4項の3箇月を超える期間ごとに支払われる賃金の総額を記載すること。
 - 6 死亡労働者が休業補償給付、複数事業労働者休業給付及び休業特別支給金の支給を受けていなかった場合又は死亡労働者に関し遺族補償年金又は複数事業労働者遺族年金が支給されていなかった場合には、⑦の平均賃金の算定内訳及び⑧の特別給与の総額(年額)の算定内訳を別紙(様式第8号の別紙1に内訳を記載し使用すること。)を付して記載すること。ただし、既に提出されている場合を除く。
 - 7 死亡労働者に関し遺族補償年金若しくは複数事業労働者遺族年金が支給されていた場合又は死亡労働者が傷病補償年金若しくは複数事業労働者傷病年金を受けていた場合には、
 - (1) ①、④及び⑥には記載する必要がないこと。
 - (2) 事業主の証明は受ける必要がないこと。
 - 8 死亡労働者が特別加入者であった場合には、
 - (1) ⑦にはその者の給付基礎日額を記載すること。
 - (2) ⑧には記載する必要がないこと。
 - (3) 事業主の証明は受ける必要がないこと。
 - 9 ⑨及び⑩の欄に記載することができない場合には、別紙を付して所要の事項を記載すること。
 - 10 この請求書(申請書)には、次の書類を添えること。
 - (1) 請求人(申請人)が死亡した労働者と婚姻の届出をしていないが事実上婚姻関係と同様の事情にあつた者であるときは、その事実を証明することができる書類
 - (2) 請求人(申請人)が死亡した労働者の収入によつて生計を維持していた者であるときは、その事実を証明することができる書類
 - (3) 労働者の死亡の当時遺族補償年金又は複数事業労働者遺族年金を受けることができる遺族がない場合の遺族補償一時金若しくは複数事業労働者遺族一時金の支給の請求又は遺族特別支給金若しくは遺族特別一時金の支給の申請であるときは、次の書類
 - イ 労働者の死亡に関して市町村長に提出した死亡診断書、死体検案書若しくは検視調査に記載してある事項についての市町村長の証明書又はこれに代わるべき書類
 - ロ 請求人(申請人)と死亡した労働者との身分関係を証明することができる戸籍の謄本又は抄本((1)の書類を添付する場合を除く。)
 - (4) 遺族補償年金又は複数事業労働者遺族年金を受ける権利を有する者の権利が消滅し、他に遺族補償年金又は複数事業労働者遺族年金を受けることができる遺族がない場合の遺族補償一時金若しくは複数事業労働者遺族一時金の支給の請求又は遺族特別一時金の支給の申請であるときは、(3)のロの書類((1)の書類を添付する場合を除く。)
 - 11 死亡労働者が特別加入者であった場合には、④及び⑥の事項を証明することができる書類その他の資料を添えること。
 - 12 「事業主の氏名」の欄及び「請求人(申請人)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ること。
 - 13 ⑪の「その他就業先の有無」で「有」に○を付けた場合は、様式第8号の別紙3をその他就業先ごとに記載すること。その際、その他就業先ごとに様式第8号の別紙1を記載し添付すること。なお、既に他の保険給付の請求において記載している場合は、記載の必要がないこと。
 - 14 複数事業労働者遺族一時金の請求は、遺族補償一時金の支給決定がなされた場合、遡って請求されなかったものとみなされること。
 - 15 ⑪「その他就業先の有無」欄の記載がない場合又は複数就業していない場合は、複数事業労働者遺族一時金の請求はないものとして取り扱うこと。

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
		㊟	() —

様式第十六号を次のように改める。



業務災害用
複数業務要因災害用

労働者災害補償保険
葬祭料又は複数事業労働者葬祭給付請求書

① 労働保険番号					③ フリガナ 氏名 住所 死亡労働者の関係	
府県	所掌	管轄	基幹番号	枝番号		
② 年金証書の番号						
管轄局	種別	西暦年	番号			
④ フリガナ 死亡氏名		(男・女)				⑤ 負傷又は発病年月日
生年月日		年 月 日 (歳)				年 月 日
職 種						午 前後 時 分頃
所属事業場 名称所在地						⑦ 死 亡 年 月 日
⑥ 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を簡明に記載すること						年 月 日
						⑧ 平 均 賃 金
						円 銭
④の者については、⑤、⑥及び⑧に記載したとおりであることを証明します。						電話() —
事業の名称						〒 —
年 月 日						事業場の所在地
事業主の氏名 (印)						(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)
⑨ 添付する書類その他の資料名						

上記により葬祭料又は複数事業労働者葬祭給付の支給を請求します。

年 月 日 〒 — 電話() —

請求人の 住 所 氏 名 (印)

労働基準監督署長 殿

振込を希望する金融機関の名称		預金の種類及び口座番号
銀行・金庫	本店・本所 出張所	普 通 ・ 当 座 第 号
農協・漁協・信組	支店・支所	口座名義人

様式第16号(裏面)

⑩その他就業先の有無		
有	有の場合のその数 (ただし表面の事業場を含まない)	有の場合でいずれかの事業で特別加入している場合の特別加入状況 (ただし表面の事業を含まない)
無	社	労働保険事務組合又は特別加入団体の名称
労働保険番号(特別加入)		加入年月日
		年 月 日
		給付基礎日額
		円

[注意]

- 1. 事項を選択する場合には該当する事項を○で囲むこと。
- 2. ②には、死亡労働者の傷病補償年金又は複数事業労働者傷病年金に係る年金証書の番号を記載すること。
- 3. ③の死亡労働者の所属事業場名称・所在地欄には、死亡労働者が直接所属していた事業場が一括適用の取扱いを受けている場合に、死亡労働者が直接所属していた支店、工事現場等を記載すること。
- 4. 平均賃金の算定基礎期間中に業務外の傷病の療養のため休業した期間が含まれている場合に、当該平均賃金に相当する額がその期間の日数及びその期間中の賃金とみなして算定した平均賃金に満たないときは、当該みなして算定した平均賃金に相当する額を⑧に記載すること。(様式第8号の別紙1に内訳を記載し添付すること。ただし、既に提出されている場合を除く。)
- 5. 死亡労働者に関し遺族補償給付若しくは複数事業労働者遺族給付が支給されていた場合又は死亡労働者が傷病補償年金若しくは複数事業労働者傷病年金を受けていた場合には、①、⑤及び⑥は記載する必要がないこと。事業主の証明は受ける必要がないこと。
- 6. 死亡労働者が特別加入者であった場合は、⑧にはその者の給付基礎日額を記載すること。
- 7. この請求書には、労働者の死亡に関して市町村長に提出した死亡診断書、死体検案書若しくは検視調書に記載してある事項についての市町村長の証明書又はこれに代わるべき書類を添えること。
- 8. 死亡労働者が特別加入者であった場合には、⑤及び⑥の事項を証明することができる書類を添付すること。
- 9. 遺族補償給付又は複数事業労働者遺族給付の支給の請求書が提出されている場合には、7及び8による書類の添付は必要でないこと。
- 10. 「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ること。
- 11. ⑩の「その他就業先の有無」で「有」に○を付けた場合は、様式第8号の別紙3をその他就業先ごとに記載すること。その際、その他就業先ごとに様式第8号の別紙1を記載し添付すること。なお、既に他の保険給付の請求において記載している場合は、記載の必要がないこと。
- 12. 複数事業労働者葬祭給付の請求は、葬祭料の支給決定がなされた場合、遡って請求されなかったものとみなされること。
- 13. ⑩「その他就業先の有無」欄の記載がない場合又は複数就業していない場合は、複数事業労働者葬祭給付の請求はないものとして取り扱うこと。

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
		印	() —

様式第十六号の二（裏面）を次のように改める。



様式第16号の2(裏面)

⑨その他就業先の有無		
有 無	有の場合のその数 (ただし表面の事業場を含まない) 社	有の場合でいずれかの事業で特別加入している場合の特別 加入状況 (ただし表面の事業を含まない)
		労働保険事務組合又は特別加入団体の名称
労働保険番号(特別加入)		加入年月日
		年 月 日
		給付基礎日額
		円

- [注意]
- 1 ※印欄には記載しないこと。
 - 2 事項を選択する場合には該当する事項を○で囲むこと。
 - 3 ⑧については、傷病補償年金、複数事業労働者傷病年金又は傷病年金の支給を受けることとなる場合において、傷病補償年金、複数事業労働者傷病年金又は傷病年金の払渡しを金融機関(郵便貯金銀行の支店等を除く。)から受けることを希望する者にあつては「金融機関(郵便貯金銀行の支店等を除く。)」欄に、傷病補償年金、複数事業労働者傷病年金又は傷病年金の払渡しを郵便貯金銀行の支店等又は郵便局から受けることを希望する者にあつては「郵便貯金銀行の支店等又は郵便局」欄に、それぞれ記載すること。
なお、郵便貯金銀行の支店等又は郵便局から払渡しを受けることを希望する場合であつて振込によらないときは、「預金通帳の記号番号」の欄は記載する必要はないこと。
 - 4 「届出人の氏名」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ること。
 - 5 「個人番号」の欄については、請求人(申請人)の個人番号を記載すること。
 - 6 本件手続を社会保険労務士に委託する場合は、「届出人の氏名」欄の下の方の□にレ点を記入すること。
 - 7 ⑨の「その他就業先の有無」で「有」に○を付けた場合は、様式第8号の別紙3をその他就業先ごとに記載すること。その際、その他就業先ごとに様式第8号の別紙1を記載し添付すること。なお、既に他の保険給付の請求において記載している場合は、記載の必要がないこと。

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
		Ⓔ	() —

様式第十六号の二の二を次のように改める。



労働者災害補償保険
介護数事業労働者介護給付
支給請求書

標準字体

ア	カ	サ	タ	ナ	ハ	マ	ヤ	ラ	ワ
0	1	2	3	4	イ	キ	シ	チ	ニ
5	6	7	8	9	ウ	ク	ス	ツ	ヌ
					フ	ム	ユ	ル	イ
					エ	ケ	セ	テ	ネ
					オ	コ	ソ	ト	ノ
									ホ
									モ
									ヨ
									ロ
									カ
									ハ

○濁点、半濁点は一文字として書いてください。

※ 帳票種別 ① 管轄局署 ② 受付年月日 ③ 特別コード ④ 介護料区分

35290

1有 3無

（注 意）
一、□□□で表示された枠（以下「記入枠」という。）に記入する文字は、光学式文字読取装置（OCR）で直接読取りを行いますので、汚したり、穴をあけたり、必要以上に強く折り曲げたり、のりづけしたりしないでください。
二、記載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該当事項を○で囲んでください。（ただし、⑦、⑭、⑳及び⑳記入枠の部分は、必ず黒のボールペンを記入してください。様式の右上に記載された「標準字体」にならって、枠からはみださないように大きめのカタカナ及びアラビア数字で明瞭に記載してください。）

（イ）年金証書番号

（ロ）受給している労災年金の種類
☐ 障害（補償）等年金 級
☐ 傷病（補償）等年金 級

（ハ）障害の部位及び状態並びに当該障害を有することに伴う日常生活の状態については別紙診断書のとおりに。

（ニ）⑥ 氏名（カタカナ）：姓と名の間は1文字あけて左ヅメで記入してください。

生年月日 年 月 日

氏名 住所

⑦（ホ）請求対象年月 ⑧（ヘ）費用を支出して介護を受けた日数 ⑨（ト）介護に要する費用として支出した費用の額

⑭（ホ）請求対象年月 ⑮（ヘ）費用を支出して介護を受けた日数 ⑯（ト）介護に要する費用として支出した費用の額

⑲（ホ）請求対象年月 ⑳（ヘ）費用を支出して介護を受けた日数 ㉑（ト）介護に要する費用として支出した費用の額

⑳ ※金融機関コード

㉑ ※郵便局コード

（フ）⑳ 預（貯）金の種別 ㉒ 口座番号（左詰め。ゆうちょ銀行の場合は、記号（5桁）は左詰め、番号は右詰めを記入し、空欄には「0」を記入。）

口座名義人（カタカナ）：姓と名の間は1文字あけて左ヅメで記入してください。

（ホ）介護場所等

（ヌ）介護に従事した者

（ル）添付する書類

※印の欄は記入しないでください。（職員が記入します。）
○裏面の注意事項を読んでから記入してください。折り曲げる場合には、△の所を谷に折りさらに2つ折りをしてください。

介護補償給付
介護数事業労働者介護給付の支給を
介護給付請求します。

年 月 日

住所

請求人の

氏名

印

労働基準監督署長 殿

電話（ ）

【介護の事実に関する申立て】

私は、上記（リ）及び（ヌ）のとおりに介護に従事したことを申し立てます。

住所	氏名	電話番号
----	----	------

様式第16号の2の2(裏面)

[注意]

- 1
- 初めて介護(補償)等給付を請求する場合は、(ハ)の障害の部位及び状態並びに当該障害を有することに伴う日常生活の状態に関する医師又は歯科医師の診断書を添えること。
- 2
- (イ)及び(ロ)について、障害(補償)等給付支給請求書を同時に提出する場合にあっては、記入する必要はないこと。
- 3
- 障害(補償)等年金又は傷病(補償)等年金を現に受給している者は、(ロ)に当該受給している年金に☒を付すとともに、その等級を記入すること。
- 4
- (ホ)の「請求対象年月」は、請求する月について必ず記入すること。
その月に費用を支出して介護を受けた日がある場合には、(ヘ)及び(ト)に日数及び金額を全て記入し当該支出した費用の額を証する書類を添えること。
その月に費用を支出して介護を受けた日がない場合には、(ヘ)及び(ト)は記入する必要はないこと。
- 5
- (ヌ)の「介護に従事した者」の欄には、介護期間((ホ)の「請求対象年月」に相当する期間)において介護に従事した全ての者について記入すること。
- 6
- (ヌ)の「介護に従事した者」の欄の「氏名」、「生年月日」及び「続柄」の欄は、親族又は友人・知人による介護を受けた場合に記入すること。
- 7
- 「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ること。
- 8
- 親族又は友人・知人による介護を受けた日がある月分の介護(補償)等給付の支給を請求する場合には、[介護の事実に関する申立て]の欄に、介護に従事した者の記名押印又は自筆による署名が必要であること。
- 9
- 複数事業労働者介護給付の請求は、介護補償給付の支給決定がなされた場合、遡って請求されなかったものとみなされること。
- 10
- 疾病に係る請求の場合、脳・心臓疾患、精神障害及びその他二以上の事業の業務を要因とすることが明らかな疾病以外は、介護補償給付のみで請求されることとなること。

表面の記入枠を訂正したときの訂正印欄	削字 加字 印	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
				印	() —

様式第十六号の三（裏面）を次のように改める。



(イ) 災害時の通勤の種別 (該当する記号を記入)		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. ロに接続する住居間の移動
(ロ) 負傷又は発病の年月日及び時刻			年 月 日 午 前後 時 分頃
(ハ) 災害発生場所		就業の場所 (ニ) (災害時の通勤の種別がハに該当する場合は移動の終点たる就業の場所)	
(ホ) 就業開始の予定年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別がイ、ハ又はニに該当する場合は記載すること)			年 月 日 午 前後 時 分頃
(ヘ) 住居を離れた年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別がイ、ニ又はホに該当する場合は記載すること)			年 月 日 午 前後 時 分頃
(ト) 就業終了の年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別がロ、ハ又はホに該当する場合は記載すること)			年 月 日 午 前後 時 分頃
(チ) 就業の場所を離れた年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別がロ又はハに該当する場合は記載すること)			年 月 日 午 前後 時 分頃
(リ) 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の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	[通常の通勤所要時間 時間 分]		
(ヌ) 災害の原因及び発生状況 (あ) どのような場所を (い) どのような方法で移動している際に (う) どのような物で又はどのような状況において (え) どのようにして災害が発生したか (お) ⑩との初診日が異なる場合はその理由を簡明に記載すること			
(ル) 現認者の住所氏名	電話() —		
(ヲ) 転任の事実の有無 (災害時の通勤の種別がニ又はホに該当する場合)	有 ・ 無	(ワ) 転任直前の住居に係る住所	

⑫その他就業先の有無		
有	有の場合のその数 (ただし表面の事業場を含まない)	有の場合でいずれかの事業で特別加入している場合の特別加入状況(ただし表面の事業を含まない)
無	社	労働保険事務組合又は特別加入団体の名称
労働保険番号(特別加入)		加入年月日
		年 月 日

[項目記入に当たっての注意事項]

- 1 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、⑧欄並びに⑨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。)
- 2 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、⑤労働保険番号欄に左詰で年金証書番号を記入してください。また、⑨及び⑩は記入しないでください。
- 3 ⑪は、請求人が健康保険の日雇特例被保険者でない場合には記載する必要はありません。
- 4 (ホ)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してください。
- 5 (ト)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してください。
- 6 (チ)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してください。
- 7 (リ)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の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分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。
- 8 「事業者の氏名」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(OCR)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。
- 1 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。
- 2 「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) キッテ →

キ

ツ

テ

 キョ →

キ

ヨ

 バ →

ハ

バ
- 3

シ

ツ

ソ

ン

 は斜の弧を書き始めるとき、小さくカギを付けてください。
- 4

丨

 はカギを付けずに垂直に、

4

 の2本の縦線は上で閉じないで書いてください。

派遣先事業主 証明欄	派遣元事業主が証明する事項(表面の⑩並びに(ロ)、(ハ)、(ニ)、(ホ)、(ト)、(チ)、(リ)(通常の通勤の経路及び方法に限る。)及び(ヲ))の記載内容について事実と相違ないことを証明します。		
	事業の名称		電話() —
	年 月 日	事業場の所在地	〒 —
	事業主の氏名		印
(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)			

表面の記入枠を訂正したときの訂正印欄	削字印 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
				⑩	() —

様式第十六号の四（裏面）を次のように改める。



様式第16号の4(裏面)

⑨その他就業先の有無		
有 無	有の場合のその数 (ただし表面の事業場を含まない)	有の場合でいずれかの事業で特別加入している場合の特別 加入状況 (ただし表面の事業を含まない)
	社	労働保険事務組合又は特別加入団体の名称
労働保険番号 (特別加入)		加入年月日
		年 月 日

〔注意〕

- 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該当事項を○で囲むこと。
- 傷病年金の受給権者が当該傷病に係る療養に関しこの届書を提出するときは
 - ①、④及び⑤は記載する必要がないこと。
 - 事業主の証明は受ける必要がないこと。
- 傷病年金の受給権者が当該傷病に係る療養に関しこの届書を提出する場合以外の場合で、その提出が離職後であるときには事業主の証明は受ける必要がないこと。
- 「届出人の氏名」の欄及び「事業主の氏名」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ること。

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
		⑤	() —

様式第十六号の五（二）（裏面）を次のように改める。



(リ)災害時の通勤の種別 (該当する記号を記入)				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		
(ヌ) 労働者の 所属事業場の 名称・所在地				(ル) 現認者の	住所			
					氏名 電話() —			
(フ)災害の原因及び発生状況 (あ)どのような場所を(い)どのような方法で移動している際に(う)どのような物で又はどのような状況において(え)どのようにして災害が発生したか(お)㉦と初診日が異なる場合はその理由を簡明に記載すること								
(カ) 負傷又は発病の年月日及び時刻		年 月 日		午前 午後	時 分	(ワ) 災害時の通勤の種別に関する移動の通常の経路、方法及び所要時間並びに災害発生の日に住居又は就業の場所から災害発生の場所に至った経路、方法、時間その他の状況		
(コ) 災害発生 の場所								
(タ) 就業の場所 (災害時の通勤の種別がハに該当する場合は移動の終点たる就業の場所)								
(レ) 就業開始の予定年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別がイ、ハ又はニに該当する場合は記載すること)		年 月 日					午前 午後	時 分
(ソ) 住居を離れた年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別がイ、ニ又はホに該当する場合は記載すること)		年 月 日					午前 午後	時 分
(ツ) 就業終了の年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別がロ、ハ又はホに該当する場合は記載すること)		年 月 日					午前 午後	時 分
(ネ) 就業の場所を離れた年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別がロ又はハに該当する場合は記載すること)		年 月 日					午前 午後	時 分
(ナ) 第三者行為災害		該当する・該当しない						
(ラ) 健康保険日雇特例被保険者手帳の記号及び番号								
(ム) 転任の事実の有無(災害時の通勤の種別がニ又はホに該当する場合)		有・無	(ウ) 転任直前の住居に係る住所	(通常の移動の所要時間 時間 分)				

療 養 の 内 訳 及 び 金 額

(注 意)

診 療 内 容				点数(点)	診療内容	金 額	摘 要			
初 診	時間外・休日・深夜				初診	円				
再 診	外来診療料	×	回		再診	円				
	継続管理加算	×	回		指導	円				
	外来管理加算	×	回		その他	円				
	時間外	×	回		食事(基準) 円× 日間 円× 日間 円× 日間	円				
	休日	×	回			円				
	深夜	×	回			円				
指 導					小 計	円				
在 宅	往診		回		摘 要					
	夜間		回							
	緊急・深夜		回							
	在宅患者訪問診療		回							
その他										
薬剤		回								
投 薬	内服	薬剤	単位							
	調剤	×	回							
	屯服	薬剤	単位							
	外用	薬剤	単位							
	調剤	×	回							
	処方	×	回							
注 射	麻毒		回							
	調基		回							
	皮下筋肉内		回							
処 置	静脈内		回							
	その他		回							
手 術	薬剤		回							
麻 酔	薬剤		回							
検 査	薬剤		回							
画 像	薬剤		回							
診 断	薬剤		回							
その他	処方せん		回							
入 院	薬剤		回							
	入院年月日 年 月 日									
	病・診・衣	入院基本料・加算	×	日間						
			×	日間						
			×	日間						
			×	日間						
		×	日間							
特定入院料・その他										
小 計	点	①	円	合計金額 ①+②			円			

一、共通の注意事項
事項を選択する場合には、該当する事項を○で囲むこと。
(一) (ホ)、(ヘ)及び(ト)についてはその費用についての明細書及び看護移送等をした者の請求書又は領収書を添えること。
(二) (イ)の期間には、最終の投棄の期間をも算入すること。
(三) (ヌ)は、労働者の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、工事現場等を記載すること。
(四) (ラ)は、請求人が健康保険の日雇特例被保険者でない場合には、記載する必要があること。
(五) 二、傷病年金の受給権者が当該傷病に係る療養の費用を請求する場合以外の場合の注意事項
④は記載する必要があること。
(二)(一) 第二回以後の請求の場合には、(ル)から(ネ)まで、並びに(ム)及び(ウ)については記載する必要がある、また事業主の証明は受ける必要がないこと。

㉞ 其他就業先の有無	
有 無	有の場合のその数 (ただし表面の事業場を含まない)
	社
有の場合で いずれかの 事業で特別 加入してい る場合の特 別加入状況 (ただし表 面の事業を 含まない)	労働保険事務組合又は特別加入団 体の名称
	加入年月日
	年 月 日
労働保険番号 (特別加入)	

三、傷病年金の受給権者が当該傷病に係る療養の費用を請求する場合の注意事項
(一) ③、⑥、⑦及び(ル)から(ウ)までは記載する必要があること。
(二) 事業主の証明は受ける必要があること。
(三) 「事業主の氏名」の欄、「病院又は診療所の診療担当者氏名」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

派遣先事業主 証 明 欄	派遣元事業主が証明する事項(表面の㉦並びに(ワ)(通常の通勤の経路及び方法に限る。)、(カ)、(ヨ)、(タ)、(レ)、(ツ)、(ネ)及び(ム))の記載内容について事実と相違ないことを証明します。	
	事業の名称	電話() —
	事業場の所在地	〒 —
	事業主の氏名	印
(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)		

表面の記入枠 を訂正したと きの訂正印欄	削 字 加 字 印	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
				㊟ () —	

様式第十六号の五（二）（裏面）を次のように改める。



(二) 災害時の通勤の種別 (該当する記号を記入)				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	
労働者の (ホ)所属事業場の 名称・所在地				(ヘ) 住所 現認者の 氏名		電話() —	
(ト)災害の原因及び発生状況 (あ)どのような場所を(い)どのような方法で移動している際に(う)どのような物で又はどのような状況において(え)どのよう うにして災害が発生したか(お)⑦と初診日が異なる場合はその理由を簡明に記載すること							
(リ)負傷又は発病の年月日及び時刻		年 月 日 午 前後 時 分頃		(チ) 災害時の通勤の種別に関する移動の通常の経路、方法及び所要時間 並びに災害発生の日に住居又は就業の場所から災害発生の場所に至 った経路、方法、時間その他の状況			
(ヌ)災害発生場所							
就業場所 (ル)(災害時の通勤の種別がハに該当する 場合は移動の終点たる就業の場所)							
就業開始の予定年月日及び時刻 (ヲ)(災害時の通勤の種別がイ、ハ又は ニに該当する場合は記載すること)		年 月 日 午 前後 時 分頃					
住居を離れた年月日及び時刻 (ワ)(災害時の通勤の種別がイ、ニ又は ホに該当する場合は記載すること)		年 月 日 午 前後 時 分頃					
就業終了の年月日及び時刻 (カ)(災害時の通勤の種別がロ、ハ又は ホに該当する場合は記載すること)		年 月 日 午 前後 時 分頃					
就業の場所を離れた年月日及び時刻 (ヨ)(災害時の通勤の種別がロ又はハに 該当する場合は記載すること)		年 月 日 午 前後 時 分頃					
(タ)第三者行為災害		該当する・該当しない					
(レ)健康保険日雇特例被保険者手帳の 記号及び番号				(通常の移動の所要時間 時間 分)			
(ソ)転任の事実の有無(災害時の通勤の種 別がニ又はホに該当する場合)		有・無		(ツ)転任直前の住居に係る住所			

療 養 の 内 訳 及 び 金 額

病 院 又 は 診 療 所 の	名 称	
	所 在 地	
担 当 医 氏 名	1. 2.	3. 4.

医 師 番 号	処 方 月 日	調 剤 月 日	処 方		調 剤 数 量	調 剤 報 酬 点 数		
			医 薬 品 名・規 格・用 量・剤 型・用 法	単位薬剤料(点)		調剤料(点)	薬剤料(点)	加算料(点)
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
受付回数	回	摘 要						
	調 剤 基 本 料 (点)		時 間 外 等 加 算 (点)	指 導 料 (点)	合計点数 (点)			
					合計金額 (円)			

(注 意)

1. 共通の注意事項
- (1) この請求書は、薬局から薬剤の支給を受けた場合に提出すること。
- (2) 事項を選択する場合には、該当する事項を○で囲むこと。
- (3) (ホ)は、労働者の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
支店、工事現場等を記載すること。
- (4) (レ)は、請求人が健康保険の日雇特例被保険者でない場合には、記載する必要がないこと。
2. 傷病年金の受給権者が当該傷病に係る療養の費用を請求する場合以外の場合の注意事項
- (1) ④は、記載する必要がないこと。
- (2) 第2回以後の請求の場合には、(ヘ)から(ヨ)まで、(ソ)及び(ツ)については記載する必要が
なく、また事業主の証明は受ける必要がないこと。
3. 傷病年金の受給権者が当該傷病に係る療養の費用を請求する場合の注意事項
- (1) ③、⑥、⑦並びに(ヘ)から(タ)まで、(ソ)及び(ツ)は記載する必要がないこと。
- (2) 事業主の証明は受ける必要がないこと。
4. 「事業主の氏名」の欄、「病院又は診療所の診療担当者氏名」の欄、「薬局の調剤担当者氏名」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ること。

④その他就業先の有無	
有	有の場合のその数 (ただし表面の事業場を含まない)
無	社
有の場合で いずれかの 事業で特別 加入してい る場合の特 別加入状況 (ただし表 面の事業を 含まない)	労働保険事務組合又は特別加入団体の名称
	加入年月日 年 月 日
労働保険番号 (特別加入)	

派遣先事業主 証 明 欄	派遣元事業主が証明する事項(表面の⑦並びに (チ) (通常の通勤の経路及び方法に限る。)、(リ)、(ヌ)、(ル)、(ヲ)、(カ)、(ヨ)及び(ソ))の記載内容につ いて事実と相違ないことを証明します。		
	事業の名称 電話() —		
	年 月 日	事業場の所在地 〒 —	
	事業主の氏名 印		
	(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)		

表面の記入枠 を訂正したと きの訂正印欄	削 字 加 字 印	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
				印 () —	

様式第十六号の五（三）（裏面）を次のように改める。



(二) 災害時の通勤の種別 (該当する記号を記入)				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	
(ホ) 労働者の 所属事業場の 名称・所在地				(ヘ) 住所 現認者の	住所		
					氏名 電話() —		
(ト) 災害の原因及び発生状況		(あ)どのような場所を(い)どのような方法で移動している際に(う)どのような物で又はどのような状況において(え)どのようにして災害が発生したか(お)⑦と初診日が異なる場合はその理由を簡明に記載すること					
(リ) 負傷又は発病の年月日及び時刻		年 月 日 午 前後 時 分頃		(チ) 災害時の通勤の種別に関する移動の通常の経路、方法及び所要時間並びに災害発生の日に住居又は就業の場所から災害発生の場所に至った経路、方法、時間その他の状況			
(ヌ) 災害発生の場所							
(ル) 就業の場所 (災害時の通勤の種別がイ、ハ又はニに該当する場合は移動の終点たる就業の場所)							
(ヲ) 就業開始の予定年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別がイ、ハ又はニに該当する場合は記載すること)		年 月 日 午 前後 時 分頃					
(ワ) 住居を離れた年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別がイ、ニ又はホに該当する場合は記載すること)		年 月 日 午 前後 時 分頃					
(カ) 就業終了の年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別がロ、ハ又はホに該当する場合は記載すること)		年 月 日 午 前後 時 分頃					
(ヨ) 就業の場所を離れた年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別がロ又はハに該当する場合は記載すること)		年 月 日 午 前後 時 分頃					
(タ) 第三者行為災害		該当する・該当しない					
(レ) 健康保険日雇特例被保険者手帳の記号及び番号							
(ソ) 転任の事実の有無(災害時の通勤の種別がニ又はホに該当する場合)		有・無	(ツ)転任直前の住居に係る住所	(通常の移動の所要時間 時間 分)			

療養の内訳及び金額	初 検 料	初検年月日 平成 年 月 日 時頃		時間外・深夜・休日加算		円			千			円	
	再 検 料	回		円	指導管理料	回	円						
	運 動 療 法 料	回		円	施術情報提供料		円						
	休 業 (補 償) 給 付 証 明 料		回	円	証明期間								
	往 診 料	距離(片道) km	回	1 回 円	夜間・難路・暴風雨雪加算		円						
	整 復 固 定 料 初回処置	傷 病 名 及 び 部 位		金 額		特 別 材 料 料							
		イ		円		円							
		ロ											
		ハ											
	後 療 料	イ		回	円	包 帯 交 換 料	回	円					
		ロ											
		ハ											
		ニ											
	電 療 料	イ	回	ロ	回	ハ	回	ニ	回				
電 法 料	冷電法 温電法	イ	回	ロ	回	ハ	回	ニ	回				
		イ	回	ロ	回	ハ	回	ニ	回				
そ の 他													
合 計													

- (注 意)
- 共通の注意事項
(1)この請求書は、柔道整復師から施術を受けた場合に提出すること。
(2)事項を選択する場合には、該当する事項を○で囲むこと。
(3)(ホ)は、労働者の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、工事現場等を記載すること。
(4)(レ)は、請求人が健康保険の日雇特例被保険者でない場合には、記載する必要がないこと。
 - 傷病年金の受給権者が当該傷病に係る療養の費用を請求する場合以外の場合の注意事項
(1)④は、記載する必要がないこと。
(2)第2回以後の請求の場合には、(ヘ)から(ヨ)まで、(ソ)及び(ツ)については記載する必要がなく、また事業主の証明は受ける必要がないこと。
 - 傷病年金の受給権者が当該傷病に係る療養の費用を請求する場合の注意事項
(1)③、⑥、⑦並びに(ヘ)から(タ)まで、(ソ)及び(ツ)は記載する必要がないこと。
(2)事業主の証明は受ける必要がないこと。
 - 「事業主の氏名」の欄、「施術所の名称」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ること。

㊤その他就業先の有無	
有	有の場合のその数 (ただし表面の事業場を含まない)
無	社
有の場合で いずれかの 事業で特別 加入してい る場合の特 別加入状況 (ただし表 面の事業を 含まない)	労働保険事務組合又は特別加入団体の名称
	加入年月日 年 月 日
労働保険番号 (特別加入)	

派遣先事業主 証明欄	派遣元事業主が証明する事項(表面の⑦並びに(チ)(通常の通勤の経路及び方法に限る。)、(リ)、(ヌ)、(ル)、(ヲ)、(カ)、(ヨ)及び(ソ))の記載内容について事実と相違ないことを証明します。		
	事業の名称		電話() —
	年 月 日	事業場の所在地	〒 —
	事業主の氏名		印
(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)			

委任状	
私は、柔道整復師 _____ を代理人と定め、私が請求する表記療養の費用につき労災保険から給付される金額の受領を委任します。	
年 月 日	委任者の住所 氏名
	印 (記名押印又は署名)

表面の記入枠 を訂正したと きの訂正印欄	削 字 印 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
				印	() —

様式第十六号の五（四）（裏面）を次のように改める。



様式第16号の5(4) (裏面)

(ニ) 災害時の通勤の種別 (該当する記号を記入)			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			
(ホ) 労働者の 所属事業場の 名称・所在地		(ヘ) 住所 現認者の			住所			
					氏名			
		電話() —						
(ト) 災害の原因及び発生状況 (ア) どのような場所を (イ) どのような方法で移動している際に (ウ) どのような物で又はどのような状況において (エ) どのようにして災害が発生したか (オ) ⑦と初診日が異なる場合はその理由を簡明に記載すること								
(リ) 負傷又は発病の年月日及び時刻		年 月 日 午 前後 時 分頃		(チ) 災害時の通勤の種別に関する移動の通常の経路、方法及び所要時間並びに災害発生 の日に住居又は就業の場所から災害発生の場所に至った経路、方法、時間その他の 状況				
(ヌ) 災害発生場所								
(ル) 就業の場所 (災害時の通勤の種別がイ、ハ又はニに該当する場合は移動の 終点たる就業の場所)								
(ヲ) 就業開始の予定年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別がイ、ハ又はニに該当する場 合は記載すること)							年 月 日 午 前後 時 分頃	
(ヅ) 住居を離れた年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別がイ、ニ又はホに該当する場 合は記載すること)							年 月 日 午 前後 時 分頃	
(カ) 就業終了の年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別がロ、ハ又はホに該当する場 合は記載すること)							年 月 日 午 前後 時 分頃	
(ヨ) 就業の場所を離れた年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別がロ又はハに該当する場合は 記載すること)							年 月 日 午 前後 時 分頃	
(タ) 第三者行為災害							該当する・該当しない	
(レ) 健康保険日雇特例被保険者手帳の記 号及び番号								
(ン) 転任の事実の有無(災害時の通勤の種別がニ 又はホに該当する場合)							有・無	(ツ) 転任直前の住居に係る住所
		(通常の移動の所要時間 時間 分)						

療 養 の 内 訳 及 び 金 額

(注 意)

種 別				金 額		
初 検 料	初 検 年 月 日			加 算 料 金		
	年 月 日 時頃			時間外・休日	円	
往 療 料	距 離(片 道)		回数	1 回の料金	夜間加算料金	
	km		回	円	円	
施 術	はり・きゅう	施 術 名		回数	1 回の料金	
		は り		回	円	
		き ゅ う				
		は り ・ き ゅ う 併 用				
		電 気 療 法	電 気 針			
	電 気 温 灸 器					
	マ ッ サ ー ジ	マ ッ サ ー ジ				
		あ ん 法 料				
		変 形 徒 手 矯 正 術		(肢)		
		光 線 療 法	極 超 短 波 (超 短 波)			
			低 周 波			
	はり又はきゅうとマッサージの併用					
合 計						
備 考：(イ)はり・きゅうのみ (ロ)はり・きゅうと一般医療						

㊤その他就業先の有無		
有	有の場合のその数 (ただし表面の事業場を含まない)	有の場合でいずれかの事業で特別加入している場合の特別加入状況 (ただし表面の事業を含まない)
		労働保険事務組合又は特別加入団体の名称
無	社	
労働保険番号 (特別加入)		加入年月日
		年 月 日

派遣先事業主 証 明 欄	派遣元事業主が証明する事項(表面の⑦並びに(チ) (通常の通勤の経路及び方法に限る。)、(リ)、(ヌ)、(ル)、(ヲ)、(カ)、(ヨ) 及び(ソ))の記載内容 について事実と相違ないことを証明します。	
	事 業 の 名 称	電話() —
	年 月 日	〒 —
	事 業 主 の 氏 名	印
		(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)

委 任 状	
私は、あん摩マッサージ指圧師・はり師・きゅう師_____を代理人と定め、私が、請求する表記療養の費用につき労災保険から給付される金額の受領を委任します。	
年 月 日	委任者の住所 氏名
	印 (記名押印又は署名)

表面の記入枠を 訂正したときの 訂 正 印 欄	削	字	印
	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
		㊤ () —	

- 一、共通の注意事項
(一) この請求書は、あん摩マッサージ指圧師・はり師・きゅう師から施術を受けた場合に提出すること。
(二) マッサージの施術を受けた者は、初療の日及び初療の日から六か月を経過した日並びに六か月を経過した日以降三か月ごとの請求書に、医師の診断書を添えること。
(三) はり・きゅうの施術を受けた者は、初療の日及び初療の日から六か月を経過した日の請求書に、医師の診断書を添えること。また、初療の日から九か月を経過する場合は、はり師又はきゅう師の意見書及び症状経過表並びに医師の診断書及び意見書を添えること。
(四) 事項を選択する場合には、該当する事項を○で囲むこと。
(五) (ホ)は、労働者の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、工事現場等を記載すること。
(六) (レ)は、請求人が健康保険の日雇特例被保険者でない場合には、記載する必要がないこと。
- 二、傷病年金の受給権者が当該傷病に係る療養の費用を請求する場合以外の場合の注意事項
(一) ④は、記載する必要がないこと。
(二) 第二回以後の請求の場合には、(ヘ)から(ソ)及び(ヅ)については記載する必要がなく、また事業主の証明は受ける必要がないこと。
三、傷病年金の受給権者が当該傷病に係る療養の費用を請求する場合の注意事項
(一) ③、⑥、⑦並びに(ヘ)から(タ)まで、(ソ)及び(ヅ)は記載する必要がないこと。
(二) 事業主の証明は受ける必要がないこと。
四、「事業主の氏名」の欄、「施術所の名称」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ること。

様式第十六号の五（五）（裏面）を次のように改める。



様式第16号の5(5) (裏面)

(二) 災害時の通勤の種別 (該当する記号を記入)			イ. 住居から就業の場所への移動 ロ. 就業の場所から住居への移動 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 ホ. ロに後続する住居間の移動	
(ホ) 労働者の 所属事業場の 名称・所在地			(ヘ) 住所	
			現 認 者 の 氏 名 電話() —	
(ト)災害の原因及び発生状況 (ア) どのような場所を (イ) どのような方法で移動している際に (ウ) どのような物で又はどのような状況において (エ) どのようにして災害が発生したか (オ) ⑦と初診日が異なる場合はその理由を簡明に記載すること。				
(リ) 負傷又は発病の年月日及び時刻		年 月 日 午 前後 時 分頃		(チ)災害時の通勤の種別に関する移動の通常の経路・方法及び所要時間並びに災害発生の日に住居又は就業の場所から災害発生の場所に至った経路、方法、時間その他の状況
(ヌ) 災害発生場所				
(ル) 就業の場所 (災害時の通勤の種別がヘに該当する場合は移動の 終点たる就業の場所)				
(ヲ) 就業開始の予定年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別がイ、ハ又はニに該当する場 合は記載すること)		年 月 日 午 前後 時 分頃		
(ワ) 住居を離れた年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別がイ、ニ又はホに該当する場 合は記載すること)		年 月 日 午 前後 時 分頃		
(カ) 就業終了の年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別がロ、ハ又はホに該当する場 合は記載すること)		年 月 日 午 前後 時 分頃		
(ヨ) 就業の場所を離れた年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別がロ又はヘに該当する場合は 記載すること)		年 月 日 午 前後 時 分頃		
(タ) 第三者行為災害		該当する・該当しない		
(レ) 健康保険日雇特例被保険者手帳の記号 及び番号				
(ノ) 転任の事実の有無(災害時の通勤の種別 がニ又はホに該当する場合)		有・無	(ツ) 転任直前の住居に係る住所	(通常の移動の所要時間 時間 分)

療養の内訳及び金額									
傷 病 の 経 過									
基本療養費	看護師等	円×	日	円	指 示 期 間 (特別指示期間)	年 月 日～ 年 月 日／ 年 月 日～ 年 月 日			
	准看護師	円×	日	円		年 月 日～ 年 月 日／ 年 月 日～ 年 月 日			
		円×	日	円		訪 問 日			
	加 算	円	加 算	円		1 2 3 4 5 6 7			
精神科基本療養費	看護師等	円×	日	円		8 9 10 11 12 13 14			
	准看護師	円×	日	円		15 16 17 18 19 20 21			
		円×	日	円		22 23 24 25 26 27 28			
	加 算	円	加 算	円		29 30 31			
管理療養費	初 日 2 日 目 以 降		日	円	主治医への直近報告年月日				
	加 算	円	加 算	円	年 月 日				
情報提供療養費		円			提供した情報の概要				
ターミナルケア療 養 費		死亡年月日 年 月 日			情報提供先の市(区)町村の名称				
合 計		円							

- (注意)

 - 共通の注意事項
(1) この請求書は、訪問介護事業者から訪問介護を受けた場合に提出すること。
(2) (ホ)は、労働者の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、工事現場等を記載すること。
(3) (レ)は、請求人が健康保険の日雇特例被保険者でない場合には、記載する必要がないこと。
 - 傷病年金の受給権者が当該傷病に係る療養の費用を請求する場合以外の場合の注意事項
(1) ④は、記載する必要がないこと。
(2) 第2回以後の請求の場合には、(ヘ)から(ヨ)まで、(ソ)及び(ツ)については記載する必要がなく、また事業主の証明は受ける必要がないこと。
 - 傷病年金の受給権者が当該傷病に係る療養の費用を請求する場合の注意事項
(1) ③、⑥、⑦並びに(ヘ)から(タ)まで、(ソ)及び(ツ)は記載する必要がないこと。
(2) 事業主の証明は受ける必要がないこと。
 - 「事業主の氏名」の欄、「訪問看護担当者」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ること。
 - 「療養の内訳及び金額」の各欄に書き切れない場合は、余白に記載するか、別紙を添付すること。
- | ④その他就業先の有無 | |
|---|------------------------------|
| 有 | 有の場合のその数
(ただし表面の事業場を含まない) |
| 無 | 社 |
| 有の場合で
いずれかの
事業で特別
加入してい
る場合の特
別加入状況
(ただし表
面の事業を
含まない) | 労働保険事務組合又は特別加入団体の名称 |
| | 加入年月日 年 月 日 |
| 労働保険番号(特別加入) | |
| | |

派遣先事業主証明欄	派遣元事業主が証明する事項(表面の⑦並びに(チ)(通常の通勤の経路及び方法に限る。)、(リ)、(ヌ)、(ル)、(ヲ)、(カ)、(ヨ)及び(ソ))の記載内容について事実と相違ないことを証明します。		
	事業の名称 電話() —		
	年 月 日	事業場の所在地 〒 —	
	事業主の氏名 印 (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)		

表面の記入枠を訂正したときの訂正印欄	削 字 印 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
				(印)	() —

様式第十六号の六（表面）及び（裏面）を次のように改める。



通勤災害用

労働者災害補償保険

休業給付支給請求書 第 回

休業特別支給金支給申請書(同一傷病分)

標準字体															
ア	イ	ウ	エ	オ	カ	キ	ク	ケ	コ	サ	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			

※帳票種別	①管轄局署	③新継再別	④受付年月日	⑧業通別	⑨三者コード	⑩日雇コード	⑪特別加入者
34360		1新5継7再		3	1業3通	1自3労5他	1日

(注意) 一、二、三、記入枠の部分は、必ず黒のボールペンを使用し、様式右上に記載された「標準字体」にならって、枠からはみださないように大きめのカタカナ及びアラビア数字で明瞭に記載してください。
二、記載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該事項を○で囲んでください。(ただし、⑤及び③欄並びに⑥⑦及び⑩欄の番号については該番号を記入枠に記入してください。)
三、□□□で表示された枠(以下、記入枠という。)に記入する文字は、光学的文字読取装置(OCR)で直接読取りを行うので、汚したり、穴をあけたり、必要以上に強く折り曲げたり、のりづけしたりしないでください。

⑦平均賃金	⑧特別給与の額	⑨日数査定	⑩特支コード	⑪委任未支給	⑫特別コード
十 万 万 千 百 十 円 十 銭	十 万 万 千 百 十 円	1療2賃3待4重5他	1特	1委3未	1特
※					

②労働保険番号	⑤労働者の性別	⑥労働者の生年月日	⑦負傷又は発病年月日
府県 所管 管轄 基幹番号 枝番号	1男3女	元号 年 月 日	元号 年 月 日
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。		1〜9月は右へ	1〜9月は右へ
⑫労働氏名			
者			
の住所			
⑦郵便番号			

⑬療養のため労働できなかった期間	⑭賃金を受けなかった日数(内訳別紙2のとおり。)
元号 年 月 日 から 元号 年 月 日 まで	日間のうち 日
1〜9月は右へ	1〜9月は右へ

⑮下の欄、⑮、⑯、⑰及び⑱欄は、口座を新規に届け出る場合又は届け出た口座を変更する場合のみ記入してください。	⑲預金の種類	⑳口座番号(左詰め。ゆうちょ銀行の場合は、記号(5桁)は左詰め、番号は右詰めで記入し、空欄には「0」を記入。)
	1普通3当座	

新規・変更	②⑤メイギニン(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。
振する関の金名を希望機称	②⑥(つづき)メイギニン(カタカナ)
銀行・金庫 農協・協同 信組	
本店・本所 出張所 支店・支所	
口座名義人	②④金融機関コード
	②⑦郵便局コード

⑫の者については、⑦、⑨、⑫、⑭から⑰まで、⑲、⑳、㉑、㉒、㉓、㉔、㉕、㉖(通常の通勤の経路及び方法に限る。)、㉗、㉘、㉙(㉙の(ハ)を除く。)	
及び別紙2に記載したとおりであることを証明します。	
年 月 日	
事業の名称	電話() -
事業場の所在地	〒 -
事業主の氏名	印
(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)	
労働者の直接所属事業場名称所在地	電話() -

(注意)
1. ㉙の(イ)及び(ロ)については、㉚の者が厚生年金保険の被保険者である場合に限り証明してください。
2. 労働者の直接所属事業場名称所在地については、当該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。

⑲傷病の部位及び傷病名	
⑳療養の期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間 診療実日数 日
㉑傷病の経過	㉒療養の現況 年 月 日 治療(症状固定)・死亡・転医・中止・継続中
	㉓療養のため労働することができなかったと認められる期間 年 月 日から 年 月 日まで 日間のうち 日
㉔の者については、㉒から㉓までに記載したとおりであることを証明します。	
年 月 日	〒 - 電話() -
病院又は診療所の所在地	
診療担当者氏名	印

上記により 休業給付の支給を請求します。

休業特別支給金の支給を申請 年 月 日 住所 (方)
請求人の 氏名 印
申請人

労働基準監督署長 殿

※印の欄は記入しないでください。
(職員が記入します。)

◎裏面の注意事項を読んでから記入してください。

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。

様式第十六号の六に次の別紙を加える。



複数事業労働者用

① 労働保険番号(請求書に記載した事業場以外の就労先労働保険番号)

都道府県	所掌	管轄	基幹番号						枝番号		

② 労働者の氏名・性別・生年月日・住所

(フリガナ氏名)	男	生年月日
(漢字氏名)	女	(明治・大正・昭和・平成・令和) 年 月 日
〒	—	
(フリガナ住所)		
(漢字住所)		

③ 平均賃金(内訳は別紙1のとおり)

円	銭	④休業給付額及び休業特別支給金額の改定比率(平均給与額証明書のとおり)
---	---	-------------------------------------

⑤ 雇入期間

(昭和・平成・令和)	年	月	日	から	年	月	日	まで
------------	---	---	---	----	---	---	---	----

⑥ 療養のため労働できなかった期間

(昭和・平成・令和)	年	月	日	から	年	月	日	まで		日間のうち
⑦ 賃金を受けなかった日数(内訳は別紙2のとおり)										日

⑧ 厚生年金保険等の受給関係

(イ)基礎年金番号				(ロ)被保険者資格の取得年月日	年	月	日							
(ハ)当該傷病に関して支給される年金の種類等														
年金の種類	厚生年金保険法の	イ 障害年金	ロ 障害厚生年金											
	国民年金法の	ハ 障害年金	ニ 障害基礎年金											
	船員保険法の	ホ 障害年金												
障害等級	級	支給されることとなった年月日	年	月	日									
基礎年金番号及び厚生年金等の年金証書の年金コード														
所轄年金事務所等														

上記②の者について、③から⑧に記載されたとおりであることを証明します。

年 月 日

事業の名称

電話() —

事業場の所在地

労働基準監督署長 殿

事業主の氏名

印

様式第十六号の七（裏面）を次のように改める。



⑭その他就業先の有無		
有 無	有の場合のその数 (ただし表面の事業場を含まない) 社	有の場合でいずれかの事業で特別加入している場合の特別加入状況 (ただし表面の事業を含まない)
		労働保険事務組合又は特別加入団体の名称
労働保険番号（特別加入）		加入年月日 年 月 日
		給付基礎日額 円

1 ※印欄には記載しないこと。

2 事項を選択する場合には該当する事項を○で囲むこと。

3 ③の労働者の「所属事業場名称・所在地」欄には、労働者の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、工事現場等を記載すること。

4 ⑥には、平均賃金の算定基礎期間中に業務外の傷病の療養のため休業した期間が含まれている場
合に、当該平均賃金に相当する額がその期間の日数及びその期間中の賃金を業務上の傷病の療養
のため休業した期間の日数及びその期間中の賃金とみなして算定した平均賃金に相当する額に満
たないときは、当該みなして算定した平均賃金に相当する額を記載すること（様式第16号の6の別
紙1に内訳を記載し添付すること。ただし、既に提出されている場合を除く。）。

5 ⑦には、負傷又は発病の日以前1年間（雇入後1年に満たない者については、雇入後の期間）に支
払われた労働基準法第12条第4項の3箇月を超える期間ごとに支払われる賃金の総額を記載する
こと（様式第16号の6の別紙1に内訳を記載し添付すること。ただし、既に提出されている場合を
除く。）。

6 請求人（申請人）が傷病年金を受けていた者であるときは、

（1） ①及び④並びに⑧の別紙は記載する必要がないこと。

（2） ②には、請求人（申請人）の傷病年金に係る年金証書の番号を記載すること。

（3） 事業主の証明を受ける必要がないこと。

7 請求人（申請人）が特別加入者であるときは、

（1） ⑥には、その者の給付基礎日額を記載すること。

（2） ⑦は記載する必要がないこと。

（3） ④並びに⑧の別紙の（ハ）から（マ）まで、（ワ）及び（カ）の事項を証明することができる書類その他の資
料を添えること。

（4） 事業主の証明を受ける必要がないこと。

8 ⑬については、障害年金又は障害特別年金の支給を受けることとなる場合において、障害年金又
は障害特別年金の払渡しを金融機関（郵便貯金銀行の支店等を除く。）から受けることを希望する
者にあつては「金融機関（郵便貯金銀行の支店等を除く。）」欄に、障害年金又は障害特別年金の
払渡しを郵便貯金銀行の支店等又は郵便局から受けることを希望する者にあつては「郵便貯金銀
行の支店等又は郵便局」欄に、それぞれ記載すること。
なお、郵便貯金銀行の支店等又は郵便局から払渡しを受けることを希望する場合であつて振込に
よらないときは、「預金通帳の記号番号」の欄は記載する必要はないこと。

9 「事業主の氏名」の欄及び「請求人（申請人）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ること。

10 「個人番号」の欄については、請求人（申請人）の個人番号を記載すること。

11 本件手続を社会保険労務士に委託する場合は、「請求人（申請人）の氏名」欄の下にレ点を記入
すること。

12 ⑭の「その他就業先の有無」で「有」に○を付けた場合は、様式第16号の6の別紙3をその他就
業先ごとに記載すること。その際、その他就業先ごとに様式第16号の6の別紙1を記載し添付す
ること。なお、既に他の保険給付の請求において記載している場合は、記載の必要がないこと。

社会保険 労務記 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
		㊟	() —

様式第十六号の八（表面）及び（裏面）を次のように改める。



労働者災害補償保険

通勤災害用

遺族年金支給請求書
遺族特別支給金支給申請書
遺族特別年金

①労働保険番号												③死亡労働者のフリガナ		④負傷又は発病年月日					
府県		所掌		管轄		基幹番号				枝番号									
②年金証書の番号												③死亡労働者の	氏名		(男・女)		年 月 日		
管轄局		種別		西暦年		番号				枝番号			生年月日		年 月 日(歳)		午 前後 時 分頃		
															⑤死亡年月日				
															⑥平均賃金				
												職 種						円 銭	
												所属事業場名称・所在地						⑦特別給与の総額(年額)	
⑧通勤災害に関する事項												別紙のとおり				円			
⑨厚生の年金受給関係	①死亡労働者の厚年等の年金証書の基礎年金番号・年金コード								②死亡労働者の被保険者の資格の取得年月日				年 月 日						
	④当該死亡に関して支給される年金の種類																		
	厚生年金保険法のイ 遺族年金 ロ 遺族厚生年金				国民年金法のイ 母子年金 ロ 準母子年金 ハ 遺児年金 ニ 寡婦年金 ホ 遺族基礎年金				船員保険法の遺族年金										
	支給される年金の額				支給されることとなった年月日				厚年等の年金証書の基礎年金番号・年金コード (複数のコードがある場合は下段に記載すること。)				所轄年金事務所等						
	円				年 月 日														
	受けていない場合は、次のいずれかを○で囲む。 ・裁定請求中 ・不支給裁定 ・未加入 ・請求していない ・老齢年金等選択																		
③の者については、⑥、⑦並びに⑨の①及び②並びに別紙の④、⑤、⑥、⑦、⑧、⑨、⑩(通常の通勤の経路及び方法に限る。)及び⑪に記載したとおりであることを証明します。 年 月 日 事業の名称 電話() — 事業場の所在地 〒 — 事業主の氏名 ⑬ (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) [注意] 別紙の④、⑤及び⑥については、③の者が厚生年金保険の被保険者である場合に限り証明すること。																			
⑩請求人	フリガナ		氏 名		生 年 月 日		フリガナ		住 所		死亡労働者との関係		障害の有無		請求人(申請人)の代表者を 選任しないときは、その理由				
					・ ・								ある・ない						
					・ ・								ある・ない						
					・ ・								ある・ない						
					・ ・								ある・ない						
⑪請求人の遺族年金を受けることができる遺族以外	フリガナ		氏 名		生 年 月 日		フリガナ		住 所		死亡労働者との関係		障害の有無		請求人(申請人)と 生計を同じくしているか				
					・ ・								ある・ない		いる・いない				
					・ ・								ある・ない		いる・いない				
					・ ・								ある・ない		いる・いない				
					・ ・								ある・ない		いる・いない				
⑫添付する書類その他の資料名																			
⑬年金の払渡しを受けることを希望する金融機関又は郵便局	金融機関		(郵便貯金銀行の支店等を除く。)	名 称		※金融機関店舗コード													
				銀行・金庫 農協・漁協・信組										本店・本所 出張所 支店・支所					
	郵便局		郵便貯金又は郵便の局	預金通帳の番号		普通・当座		第		号									
				フリガナ		※郵便局コード													
				名 称															
				所在地		都道府県		市郡区											
				預金通帳の番号		第		号											

遺族年金の支給を請求します。
上記により遺族特別支給金の支給を申請します。
遺族特別年金
年 月 日
労働基準監督署長 殿

請求人(申請人)の住所
氏名 ⑭
〒 — 電話() —
個人番号

□本件手続を裏面に記載の社会保険労務士に委託します。

特別支給金について振込を希望する金融機関の名称		預金の種類及び口座番号	
銀行・金庫 農協・漁協・信組	本店・本所 出張所 支店・支所	普通・当座 第 号 口座名義人	

様式第16号の8(裏面)

⑭その他就業先の有無		
有	有の場合のその数 (ただし表面の事業場を含まない) 社	有の場合でいずれかの事業で特別加入している場合の特別加入状況 (ただし表面の事業を含まない)
無		労働保険事務組合又は特別加入団体の名称
労働保険番号 (特別加入)		加入年月日 年 月 日
		給付基礎日額 円

- 〔注意〕
- ※印欄には記載しないこと。
 - 事項を選択する場合には該当する事項を○で囲むこと。
 - ③の死亡労働者の「所属事業場名称・所在地」欄には、死亡労働者が直接所属していた事業場が一括適用の取扱いを受けている場合に、死亡労働者が直接所属していた支店、工事現場等を記載すること。
 - ⑥には、平均賃金の算定基礎期間中に業務外の傷病の療養のため休業した期間が含まれている場合に、当該平均賃金に相当する額がその期間の日数及びその期間中の賃金を業務上の傷病の療養のため休業した期間の日数及びその期間中の賃金とみなして算定した平均賃金に相当する額に満たないときは、当該みなして算定した平均賃金に相当する額を記載すること(様式第16号の6の別紙1に内訳を記載し添付すること。ただし、既に提出されている場合を除く。)
 - ⑦には、負傷又は発病の日以前1年間(雇入後1年に満たない者については、雇入後の期間)に支払われた労働基準法第12条第4項の3箇月を超える期間ごとに支払われる賃金の総額を記載すること(様式第16号の6の別紙1に内訳を記載し添付すること。ただし、既に提出されている場合を除く。)
 - 死亡労働者が傷病年金を受けていた場合には、
 - ①及び④並びに⑧の別紙は記載する必要がないこと。
 - ②には、傷病年金に係る年金証書の番号を記載すること。
 - 事業主の証明を受ける必要がないこと。
 - 死亡労働者が特別加入者であった場合には、
 - ⑥には、その者の給付基礎日額を記載すること。
 - ⑦は記載する必要がないこと。
 - 別紙の㊦から㊩まで並びに㊰及び㊱の事項を証明することができる書類その他の資料を添えること。
 - 事業主の証明を受ける必要がないこと。
 - ⑨から⑫までに記載することができない場合には、別紙を付して所要の事項を記載すること。
 - この請求書(申請書)には、次の書類その他の資料を添えること。ただし、個人番号が未提出の場合を除き、(2)、(3)及び(5)の書類として住民票の写しを添える必要はないこと。
 - 労働者の死亡に関して市町村長に提出した死亡診断書、死体検案書若しくは検視調書に記載してある事項についての市町村長の証明書又はこれに代わるべき書類
 - 請求人(申請人)及び請求人(申請人)以外の遺族年金を受けることができる遺族と死亡労働者との身分関係を証明することができる戸籍の謄本又は抄本(請求人(申請人)又は請求人(申請人)以外の遺族年金を受けることができる遺族が死亡労働者と婚姻の届出をしていないが事実上の婚姻関係と同様の事情にあった者であるときは、その事実を証明することができる書類)
 - 請求人(申請人)及び請求人(申請人)以外の遺族年金を受けることができる遺族(労働者の死亡時胎児であった子を除く。)が死亡労働者の収入によって生計を維持していたことを証明することができる書類
 - 請求人(申請人)及び請求人(申請人)以外の遺族年金を受けることができる遺族のうち労働者の死亡の時から引き続き障害の状態にある者については、その事実を証明することができる医師又は歯科医師の診断書その他の資料
 - 請求人(申請人)以外の遺族年金を受けることができる遺族のうち請求人(申請人)と生計を同じくしている者については、その事実を証明することができる書類
 - 障害の状態にある妻にあっては、労働者の死亡の時以後障害の状態にあったこと及びその障害の状態が生じ、又はその事情がなくなった時を証明することができる医師又は歯科医師の診断書その他の資料
 - ⑬については、次により記載すること。
 - 遺族年金の支給を受けることとなる場合において、遺族年金の払渡しを金融機関(郵便貯金銀行の支店等を除く。)から受けることを希望する者にあつては「金融機関(郵便貯金銀行の支店等を除く。)」欄に、遺族年金の払渡しを郵便貯金銀行の支店等又は郵便局から受けることを希望する者にあつては「郵便貯金銀行の支店等又は郵便局」欄に、それぞれ記載すること。
なお、郵便貯金銀行の支店等又は郵便局から払渡しを受けることを希望する場合であつて振込によらないときは、「預金通帳の記号番号」の欄は記載する必要はないこと。
 - 請求人(申請人)が2人以上ある場合において代表者を選任しないときは、⑩の最初の請求人(申請人)について記載し、その他の請求人(申請人)については別紙を付して所要の事項を記載すること。
 - 「事業主の氏名」の欄及び「請求人(申請人)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ること。
 - 「個人番号」の欄については、請求人(申請人)の個人番号を記載すること。
 - 本件手続を社会保険労務士に委託する場合は、「請求人(申請人)の氏名」欄の下の方にレ点を記入すること。
 - ⑭の「その他就業先の有無」で「有」に○を付けた場合は、様式第16号の6の別紙3をその他就業先ごとに記載すること。その際、その他就業先ごとに様式第16号の6の別紙1を記載し添付すること。なお、既に他の保険給付の請求において記載している場合は、記載の必要がないこと。

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
		㊰	() —

様式第十六号の九（裏面）を次のように改める。



⑪その他就業先の有無		
有 無	有の場合のその数 (ただし表面の事業場を含まない) 社	有の場合でいずれかの事業で特別加入している場合の特別加入状況 (ただし表面の事業を含まない)
		労働保険事務組合又は特別加入団体の名称
労働保険番号(特別加入)		加入年月日 年 月 日
		給付基礎日額 円

- [注意]
- 1 事項を選択する場合には該当する事項を○で囲むこと。
 - 2 ①は、死亡労働者に関し遺族年金が支給されていた場合又は死亡労働者が傷病年金を受けていた場合には記載する必要はないこと。
 - 3 ③の死亡労働者の所属事業場名称・所在地欄には、死亡労働者が直接所属していた事業場が一括適用の取扱いを受けている場合に、労働者が直接所属していた支店、工事現場等を記載すること。
 - 4 平均賃金の算定基礎期間中に業務外の傷病の療養のため休業した期間が含まれている場合に、当該平均賃金に相当する額がその期間の日数及びその期間中の賃金を業務上の傷病のため休業した期間の日数及びその期間中の賃金とみなして算定した平均賃金に相当する額に満たないときは、当該みなして算定した平均賃金に相当する額を⑤に記載すること。
 - 5 ⑥には、負傷又は発病の日以前1年間(雇入後1年に満たない者については雇入後の期間)に支払われた労働基準法第12条第4項の3箇月を超える期間ごとに支払われる賃金の総額を記載すること。
 - 6 ⑤の平均賃金の算定内訳及び⑥の特別給与の総額(年額)の算定内訳を別紙(様式第16号の6の別紙1を使用すること。)を付して記載すること。ただし、既に提出されている場合を除く。
 - 7 死亡労働者が特別加入者であった場合には、
 - (1) ⑤には、その者の給付基礎日額を記載すること。
 - (2) ⑥は記載する必要はないこと。
 - (3) 別紙の①から⑧まで⑦及び⑧の事項を証明することができる書類を添えること。
 - 8 ⑨及び⑩に記載することができない場合には、別紙を付して所要の事項を記載すること。
 - 9 この請求書(申請書)には、次の書類を添えること。
 - (1) 請求人(申請人)が死亡労働者と婚姻の届出をしていないが事実上婚姻関係と同様の事情にあった者であるときは、その事実を証明することができる書類
 - (2) 請求人(申請人)が死亡労働者の収入によって生計を維持していた者であるときは、その事実を証明することができる書類
 - (3) 労働者の死亡の当時遺族年金を受けることができる遺族がない場合の遺族一時金の支給の請求又は遺族特別支給金若しくは遺族特別一時金の支給の申請であるときは、次の書類
 - イ 労働者の死亡に関して市町村長に提出した死亡診断書、死体検案書若しくは検視調書に記載してある事項についての市町村長の証明書又はこれに代わるべき書類
 - ロ 請求人(申請人)と死亡労働者との身分関係を証明することができる戸籍の謄本又は抄本((1)の書類を添付する場合を除く。)
 - (4) 遺族年金を受ける権利を有する者の権利が消滅し、他に遺族年金を受けることができる遺族がない場合の遺族一時金の支給の請求又は遺族特別一時金の支給の申請であるときは、(3)のロの書類((1)の書類を添付する場合を除く。)
 - 10 「事業主の氏名」の欄及び「請求人(申請人)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ること。
 - 11 ⑪の「その他就業先の有無」で「有」に○を付けた場合は、様式第16号の6の別紙3をその他就業先ごとに記載すること。その際、その他就業先ごとに様式第16号の6の別紙1を記載し添付すること。なお、既に他の保険給付の請求において記載している場合は、記載の必要がないこと。

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
		㊟	() —

様式第十六号の十（裏面）を次のように改める。



様式第16号の10(裏面)

⑨その他就業先の有無		
有	有の場合のその数 (ただし表面の事業場を含まない)	有の場合でいずれかの事業で特別加入している場合の特別加入状況 (ただし表面の事業を含まない)
無	社	労働保険事務組合又は特別加入団体の名称
労働保険番号		加入年月日
		年 月 日
		給付基礎日額
		円

〔注意〕

1. 事項を選択する場合には該当する事項を○で囲むこと。
2. ②は死亡労働者が傷病年金を受けていた場合に、その給付に係る年金証書の番号を記載すること。
3. ④の死亡労働者の所属事業場名称・所在地欄には、死亡労働者が直接所属していた事業場が一括適用の取扱いを受けている場合に、死亡労働者が直接所属していた支店、工事現場等を記載すること。
4. 平均賃金の算定基礎期間中に業務外の傷病の療養のため休業した期間が含まれている場合に、当該平均賃金に相当する額がその期間の日数及びその期間中の賃金を業務上の傷病の療養のため休業した期間の日数及び期間中の賃金とみなして算定した平均賃金に相当する額に満たないときは、当該みなして算定した平均賃金に相当する額を⑤に記載すること。(様式第16号の6別紙1に内訳を記載し、添付すること。ただし、既に提出されている場合を除く。)
5. 死亡労働者に関し遺族給付が支給されていた場合又は死亡労働者が傷病年金を受けていた場合には⑦の別紙は付する必要があること。
6. 死亡労働者が特別加入者であった場合には、
 - (1) ⑤には、その者の給付基礎日額を記載すること。
 - (2) 別紙の①から⑧まで、⑦及び⑧の事項を証明することができる書類その他の資料を添えること。
7. この請求書には、労働者の死亡に関して市町村長に提出した死亡診断書、死体検案書若しくは検視調書に記載してある事項についての市町村長の証明書又はこれに代わるべき書類を添えること。
8. 遺族給付の支給の請求書が提出されている場合には、7による書類の提出は必要ではないこと。
9. 「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ること。
10. ⑨の「その他就業先の有無」で「有」に○を付けた場合は、様式第16号の6の別紙3をその他就業先ごとに記載すること。その際、その他就業先ごとに様式第16号の6の別紙1を記載し添付すること。なお、既に他の保険給付の請求において記載している場合は、記載の必要があること。

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
		㊟	() —

様式第十七号裏表紙（内面）中「傷病補償年金」の下に「、複数事業労働者傷病年金」を加える。
様式第十八号（一）中「障害（補償）年金」を「障害（補償）年金」に改める。

様式第十八号（二）（表面）中「遺族（補償）年金」を「遺族（補償）年金」に改め、（裏面）中「遺族補償年金」の下に「、複数事業労働者遺族年金」を加える。

様式第十九号（表面）中「遺族（補償）年金」を「遺族（補償）年金」に、「おたは」を「又は」に改める。

様式第二十一号を次のように改める。



様式第二十二号を次のように改める。



労働者災害補償保険
遺族補償年金額
複数事業労働者遺族年金額 算定基礎変更届
遺族年金額

① 年金証書の番号		管 轄 局		種 別	西 暦 年		番 号				枝 番 号	
② 受給権者の		氏 名	(男 ・ 女)									
		生 年 月 日	年 月 日 (歳)									
		住 所										
③ 遺族補償年金、 遺族数業務労働者 遺族年金又は遺族 定額となつた遺族 年金の基礎となつた	氏 名	生 年 月 日	死 亡 労 働 者 と の 関 係	算定の基礎とならなくなった事由				左の事由が生じた 年 月 日				
		年 月 日						年 月 日				
		年 月 日						年 月 日				
		年 月 日						年 月 日				
		年 月 日						年 月 日				
④ 新たに遺族補償年金 、遺族数業務労働者 遺族年金又は遺族 定額となつた遺族 年金の基礎となつた	氏 名	生 年 月 日	住 所		算定の基礎となつた事由				左の事由が生じた 年 月 日			
		年 月 日							年 月 日			
		年 月 日							年 月 日			
		年 月 日							年 月 日			
		年 月 日							年 月 日			
		年 月 日							年 月 日			
⑤ 新たに障害の状態となつた 又はなくなつた妻	障 害 の 状 態 と な っ た 年 月 日					障 害 の 状 態 で な く な っ た 年 月 日						
	年 月 日					年 月 日						
⑥ 添付する書類名												

上記のとおり変更がありましたので届けます。

年 月 日

〒 ー 電話() ー

住所
届出人の氏名

労働基準監督署長殿

〔注意〕

- 1 記入すべき事項のない欄又は記入枠は空欄のままとすること。
- 2 この届書には、変更の事実を証明することができる書類を添えること。ただし、個人番号が未提出の場合を除き、当該書類として住民票の写しを添える必要はないこと。
- 3 「届出人の氏名」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ること。

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
		(印)	() —

様式第三十七号の二を次のように改める。



労働者災害補償保険

障害補償年金差額一時金支給請求書
複数事業労働者障害年金差額一時金支給請求書
障害年金差額一時金支給請求書
障害特別年金差額一時金支給申請書

① 年金証書番号				② フリガナ			
				死亡氏名		(男・女)	
管轄局		種別	西暦年	番号		生年月日	
						年 月 日 (歳)	
				労働者の死亡年月日		年 月 日	
③ 請求人	氏名		生年月日		住所		死亡労働者との関係
			年 月 日				
			年 月 日				
			年 月 日				
			年 月 日				
			年 月 日				
			年 月 日				
			年 月 日				
④ 添付する書類 その他の資料名							

障害補償年金差額一時金又は複数事業労働者障害年金差額一時金の支給を請求
上記により 障 害 年 金 差 額 一 時 金 の 支 給 を 請 求 します。
障 害 特 別 年 金 差 額 一 時 金 の 支 給 を 申 請

年 月 日 頁 電話()

請求人
申請人
(代表者) の 住 所 _____ 方

労働基準監督署長 殿 氏 名

振込を希望する金融機関の名称		預金の種類及び口座番号
銀行・金庫 農協・漁協・信組	本店・本所 出張所 支店・支所	普通・当座 第 号 口座名義人

様式第37号の2(裏面)

[注意]

- 1 事項を選択する場合には該当する事項を○で囲むこと。
- 2 ①欄には、死亡労働者の障害補償年金、複数事業労働者障害年金又は障害年金に係る年金証書の番号を記載すること。
- 3 ③及び④欄に記載することができない場合には、別紙を付して所要の事項を記載すること。
- 4 この請求書(申請書)には、次の書類を添えること。
 - (1) 請求人(申請人)が死亡した労働者と婚姻の届出をしていないが事実上婚姻関係と同様の事情にあつた者であるときは、その事実を証明することができると書類
 - (2) 請求人(申請人)が死亡した労働者の収入によつて生計を維持していた者であるときは、その事実を証明することができると書類
 - (3) 請求人(申請人)と死亡した労働者との身分関係を証明することができると戸籍の謄本又は抄本((1)の書類を添付する場合を除く。)
- 5 「請求人(申請人)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ると。

社 会 保 険 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
		⑤	() —

様式第三十七号の三を次のように改める。



労働者災害補償保険
事業主責任災害損害賠償受領届

労働基準監督署長 殿

年 月 日

(〒 —)

住所

電話() —

損害賠償受領者の

氏名

被災労働者との関係〔本人、その他()〕

下記のとおり届けます。

① 被 災 労 働 者 の	フリガナ											災 害 発 生 日 時						
	氏 名	(男・女)										年	月	日	午 前 後	時	分	頃
	生 年 月 日	年 月 日 (災害発生時年齢 歳)										災 害 発 生 場 所						
	住 所																	
② 被 災 労 働 者 の 所 属 す る	事業場の 労働保険番号	府	県	所 掌	管 轄	基 幹 番 号				枝 番 号								
	事業場の 事業の名称																	
	事業場の 所在地	(〒 —)																
	事業場の事業主の氏名 (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)																	
	種 類	支 給 決 定 年 月 日	年 金 証 書 の 番 号							給付基礎日額								
		管轄局	種別	西暦年	番 号			枝番号										
③ 既 に 保 険 給 付 の 種 類 等 に 支 給 決 定 を 受 け て い る		年	月	日									円					
		年	月	日									円					
		年	月	日									円					
		年	月	日									円					
	障害補償給付、複数事業労働者障害給付又は障害給付の場合												障害等級	級				
	傷病補償年金、複数事業労働者傷病年金又は傷病年金の場合												傷病等級	級				

④ 損害賠償の内容	イ	損害賠償の形態		判決・和解・示談・その他（						
		ロ 損害賠償の受領状況	(イ) 損害賠償の内訳が明らかな場合	① 逸失利益	③ 逸失利益額 円	④ 受領額	⑤ 受領済額 円 ⑥ 受領予定額 円	⑦ 算定基礎期間 年 月 日 ～ 年 月 日	⑧ 備考 ⑨ 厚生年金等公的年金の併給の有無・給付の種類 (有・無) () ⑩ その他参考となる事項	
				② 療養費	③ 受領額	④ 算定基礎期間	⑤ 備考			
					⑥ 受領済額 円 ⑦ 受領予定額 円	年 月 日 ～ 年 月 日				
			④ 葬祭費用	③ 受領額	④ 備考					
				⑥ 受領済額 円 ⑦ 受領予定額 円						
			(ロ) 損害賠償の内訳が不明な場合	③ 受領額	④ 備考					
				⑥ 受領済額 円 ⑦ 受領予定額 円	⑨ 厚生年金等公的年金の併給の有無・給付の種類 (有・無) () ⑩ その他参考となる事項					
			(ハ) 損害賠償受領年月日		年 月 日					
			⑤ 第三者行為災害との関係	イ 第三者行為災害届の有無		有・無				
ロ 第三者の	氏名	(歳) 電話() —								
	住所	(〒 —)								
ハ その他										
⑥ その他参考事項										
①欄の者については、②、④及び⑤欄に記載したとおりであることを証明します。										
年 月 日 事業の名称 電話() —										
事業主の氏名 (印) (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)										

様式第37号の3(裏面)

[注意]

- 1 事項を選択する場合には該当する事項を○で囲むこと。
- 2 ③欄は、同一の災害に関して既に保険給付の支給決定を受けている場合に、その給付の種類等該当項目について記入すること。なお、障害補償給付、複数事業労働者障害給付若しくは障害給付又は傷病補償年金、複数事業労働者傷病年金若しくは傷病年金を受けている場合には、障害等級又は傷病等級を記入すること。

3 ④欄口は、

- (1) (イ)①a……将来給付予定の保険給付相当分を含む逸失利益に対して賠償を受けた場合にその逸失利益額を記入するものである。

「傷病による障害による逸失利益」又は「傷病の療養のための休業による逸失利益」の場合は、判決・示談書等において明示された被災労働者が当該災害によつて喪失した稼得能力の評価額(損害賠償金の内金として支払われた額、保険給付額等を賠償額から控除するといういわゆる損益相殺を行う前の額とする。被災労働者に過失がある場合その過失割合を乗じて賠償額を縮減するといういわゆる過失相殺の処理を行った後の額とする。)を記入すること。

- (2) (イ)①b……aのうち事業主から受領した損害賠償額(遅延利息分を除く。)及び今後(遅延利息分を除く。)を記入すること。
- (3) (イ)①c……(1)の逸失利益の算定基礎期間を記入すること。
- (4) (イ)①d……iには、判決・示談書等において、労働能力喪失率、就労可能年数、死亡労働者本人の生活費の割合等が判明している場合には、その内訳を記入すること。
- (5) (イ)①a……保険給付のうち療養補償給付、複数事業労働者療養給付又は療養給付に相当する分を含む療養費に対する賠償を受けた場合にその賠償額及び今後(遅延利息分を除く。)を記入すること。
- (6) (イ)①b……(5)の算定基礎期間を記入すること。
- (7) (イ)①c……保険給付相当分が明らかな場合には、その額を記入すること。
- (8) (イ)①a……保険給付のうち葬祭料、複数事業労働者葬祭給付又は葬祭給付に相当する分を含む葬祭費用に対する賠償を受けた場合にその賠償額及び今後(遅延利息分を除く。)を記入すること。

- (9) (ロ)㉓…………受領した賠償済額及び今後に受領を予定している額を記入すること。
- (10) (ロ)㉔…………上記(4)の(イ)㉑㉒の場合に同じ。
- (11) (ハ)…………保険給付相当分を含む損害賠償を受けた年月日を記入すること。
- 4 ㉑欄は、当該災害発生に係る損害賠償について事業主と第三者双方に責任が認められる場合に、
- (1) イ欄は、第三者行為災害届の届出の有無を記入すること。
- (2) ロ欄は、第三者(加害者)の氏名・住所を記入すること。なお、複数いる場合には、そのうち1人のみ具体的に記載し、ハ欄に他にも加害第三者のいる旨を記入すること。
- (3) ハ欄は、その他参考になる事項を記入すること。事業主と第三者の寄与度が判決書又は当事者の作成した文書によって明確である場合には、その寄与度を記入すること。
- 5 ㉑欄は、その他特に必要と思われる事項があれば記入すること。
- 6 損害賠償を数回に分割して受領した場合には、受領した都度この届書を提出すること。なお、同一の災害について、2回以上この届書を提出する場合、2回目以降の届書においては損害賠償受領者の欄、㉑欄、㉓欄及び㉒欄ロに必要な事項を記載し、㉑欄には「 年 月 日付届書に記載済」と記載すること。
- 7 「損害賠償受領者の氏名」の欄及び「事業主の氏名」の欄は、記名押印することによって代えて、自筆による署名をすることができること。

社 会 保 険 士 労 務 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
			㉒	() —

（失業保険法及び労働者災害補償保険法の一部を改正する法律及び労働保険の保険料の徴収等に関する法律の施行に伴う関係法律の整備等に関する法律第十九条第二項の厚生労働大臣の定める率の一部改正）

第二条 失業保険法及び労働者災害補償保険法の一部を改正する法律及び労働保険の保険料の徴収等に関する法律の施行に伴う関係法律の整備等に関する法律第十九条第二項の厚生労働大臣の定める率（昭和四十七年労働省告示第十八号）の一部を次の表のように改正する。

改正後	改正前
失業保険法及び労働者災害補償保険法の一部を改正する法律及び労働保険の保険料の徴収等に関する法律の施行に伴う関係法律の整備等に関する法律（昭和四十四年法律第八十五号。以下「整備法」という。）第十九条第二項の厚生労働大臣の定める率は、事業の期間が予定される事業以外の事業にあつては、当該保険年度中に行われた同法第十八条第一項若しくは第二項、第十八条の二第一項若しくは第二項又は第十八条の三第一項若しくは第二項の規定による保険給付の額（傷病補償年金、複数事業労働者傷病年金又は傷病年金のうち療養の開始後三年を経過する日の属する月の翌月以後の月分の支給を受ける者に対して行われる療養補償給付、複数事業労働者療養給付又は療養給付を除くものとし、障害補償年金、遺族補償年金若しくは傷病補償年金、複数事業労働者障害年金、複数事業労働者遺族年金若しくは傷病年金又は傷病年金又は障害年金、遺族年金若しくは傷病年金（傷病補償年金、複数事業労働者傷病年金又は傷病年金については当該傷病に係る療養の開始後三年を経過する日の属する月の翌月以後の月分に限るものとし、以下「年金」という。）については、同一の事由又は労働者災害補償保険法（昭和二十二年法律第五十号）第七条第一項第二号に規定する複数業務要因災害若しくは通勤災害を業務災害とみなした場合における同一の事由について、それぞれ、同法第八条の給付基礎日額を平均賃金とみなして労働基準法（昭和二十二年法律第四十九号）第七十七条、第七十九条又は第八十一条の規定を適用することとした場合に行われることとなる障害補償、遺族補償又は打切補償の額（以下「労働基準法の補償額相当額」という。）を十三で除して得た額と当該事業の賃金総額に千分の十五を乗じて得た額との合算額）の当該事業の賃金総額に対する率とし、事業の期間が予定される事業にあつては、当該事業の期間中に行われた整備法第十八条第一項若しくは第二項	失業保険法及び労働者災害補償保険法の一部を改正する法律及び労働保険の保険料の徴収等に関する法律の施行に伴う関係法律の整備等に関する法律（昭和四十四年法律第八十五号。以下「整備法」という。）第十九条第二項の厚生労働大臣の定める率は、事業の期間が予定される事業以外の事業にあつては、当該保険年度中に行われた同法第十八条第一項若しくは第二項又は第十八条の二第一項若しくは第二項の規定による保険給付の額（傷病補償年金又は傷病年金のうち療養の開始後三年を経過する日の属する月の翌月以後の月分の支給を受ける者に対して行われる療養補償給付又は療養給付を除くものとし、障害補償年金、遺族補償年金若しくは傷病年金又は傷病年金又は障害年金、遺族年金若しくは傷病年金（傷病補償年金、複数事業労働者傷病年金又は傷病年金については当該傷病に係る療養の開始後三年を経過する日の属する月の翌月以後の月分に限るものとし、以下「年金」という。）については、同一の事由又は通勤災害を業務災害とみなした場合における同一の事由について、それぞれ、労働者災害補償保険法（昭和二十二年法律第五十号）第八条の給付基礎日額を平均賃金とみなして労働基準法（昭和二十二年法律第四十九号）第七十七条、第七十九条又は第八十一条の規定を適用することとした場合に行われることとなる障害補償、遺族補償又は打切補償の額（以下「労働基準法の補償額相当額」という。）を十三で除して得た額と当該事業の賃金総額に千分の十五を乗じて得た額との合算額）の当該事業の賃金総額に対する率とし、事業の期間が予定される事業にあつては、当該事業の期間中に行われた整備法第十八条第一項若しくは第二項又は第十八条の二第一項若しくは第二項の規定による保険給付の額（傷病補償年金又は傷病年金のうち療養の開始後三年を経過する日の属する月の翌月以後の月分の支給を受ける者に対して行われる療養補償給付又は療養給付を除くものとし、年金については、労働基

第十八条の二第一項若しくは第二項又は第十八条の三第一項若しくは第二項の規定による保険給付の額（傷病補償年金、複数事業労働者傷病年金又は傷病年金のうち療養の開始後三年を経過する日の属する月の翌月以後の月分の支給を受ける者に対して行われる療養補償給付、複数事業労働者療養給付又は療養給付を除くものとし、年金については、労働基準法の補償額相当額と当該事業の賃金総額に千分の十五を乗じて得た額との合算額）の当該事業の賃金総額に対する率とする。

準法の補償額相当額と当該事業の賃金総額に千分の十五を乗じて得た額との合算額）の当該事業の賃金総額に対する率とする。

（労働者災害補償保険法施行規則第二十一条第一項の規定に基づく年金たる保険給付の受給権者がその日までに報告書を提出すべき日として厚生労働大臣が指定する日の一部改正）

第三条 労働者災害補償保険法施行規則第二十一条第一項の規定に基づく年金たる保険給付の受給権者がその日までに報告書を提出すべき日として厚生労働大臣が指定する日（昭和六十三年労働省告示第百九号）の一部を次の表のように改正する。

(傍線部分は改正部分)

改正後	改正前
労働者災害補償保険法施行規則（昭和三十年労働省令第二十二号）第二十一条第一項の規定に基づき、年金たる保険給付の受給権者がその日までに報告書を提出すべき日として厚生労働大臣が指定する日を、年金たる保険給付の受給権者の生年月日（遺族補償年金、<u>複数事業労働者遺族年金又は遺族年金の受給権者にあつては、当該年金たる保険給付を支給すべき事由に係る労働者の生年月日</u>）の属する月が、一月から六月までの月に該当する場合にあつては六月三十日とし、七月から十二月までの月に該当する場合にあつては十月三十一日として、平成元年二月一日から適用する。	労働者災害補償保険法施行規則（昭和三十年労働省令第二十二号）第二十一条第一項の規定に基づき、年金たる保険給付の受給権者がその日までに報告書を提出すべき日として厚生労働大臣が指定する日を、年金たる保険給付の受給権者の生年月日（遺族補償年金又は遺族年金の受給権者にあつては、当該年金たる保険給付を支給すべき事由に係る労働者の生年月日）の属する月が、一月から六月までの月に該当する場合にあつては六月三十日とし、七月から十二月までの月に該当する場合にあつては十月三十一日として、昭和六十四年二月一日から適用する。

（労働者災害補償保険法第八条の二第一項第二号の規定に基づく休業補償給付又は休業給付に係る給付基礎日額の算定に用いる厚生労働大臣が定める率の一部改正）

第四条 労働者災害補償保険法第八条の二第一項第二号の規定に基づく休業補償給付又は休業給付に係る給付基礎日額の算定に用いる厚生労働大臣が定める率を定める件（平成二年労働省告示第七十五号）の一部を次の表のように改正する。

改正後	改正前
労働者災害補償保険法（昭和二十二年法律第五十号）第八条の二第一項第二号の規定に基づき、同法の規定による休業補償給付、<u>複数事業労働者休業給付又は休業給付に係る給付基礎日額の算定に用いる厚生労働大臣が定める率を次のとおり定め、平成二年十月一日から適用する。</u>	労働者災害補償保険法（昭和二十二年法律第五十号）第八条の二第一項第二号の規定に基づき、同法の規定による休業補償給付又は休業給付に係る給付基礎日額の算定に用いる厚生労働大臣が定める率を次のとおり定め、平成二年十月一日から適用する。
表（監） 備考	表（監） 備考
1 労働者災害補償保険法（以下「法」という。）第8条の2第1項第2号に規定する改定日額（以下「改定日額」という。）を同項の休業給付基礎日額とすることとされていた場合は、当該改定日額を休業補償給付、<u>複数事業労働者休業給付又は休業給付</u>（以下「休業補償給付等」という。）の額の算定の基礎として用いるべき最初の四半期（同号の四半期をいう。以下同じ。）の前々四半期の初日を法第8条第1項の算定事由発生日とみなしてこの表を適用する。	1 労働者災害補償保険法（以下「法」という。）第8条の2第1項第2号に規定する改定日額（以下「改定日額」という。）を同項の休業給付基礎日額とすることとされていた場合は、当該改定日額を休業補償給付又は休業給付（以下「休業補償給付等」という。）の額の算定の基礎として用いるべき最初の四半期（同号の四半期をいう。以下同じ。）の前々四半期の初日を法第8条第1項の算定事由発生日とみなしてこの表を適用する。
2・3 （略）	2・3 （略）
4 この表において「給付基礎日額の算定に用いる率」は、平均給与額（労働者災害補償保険法施行規則附則<u>第57項</u>の場合にあつては、同項の労働者一人当たりの給与の額をいう。）の上昇し、又は低下した比率を基準として定めたものをいう。この場合において、平成9年4月1日から同年6月30日までの項にあつては、平成25年7月1日、平成8年10月1日から同年12月31日までの項、平成9年7月1日から同年9月30日までの項、平成10年1月1日から同年3月31日までの項、平成10年4月1日から同年6月30日までの項、平成10年7月1日から同年9月30日までの項及び平成10年10月1日から同年12月31日までの項にあつては、平成27年7月1日以降に支	4 この表において「給付基礎日額の算定に用いる率」は、平均給与額（労働者災害補償保険法施行規則附則<u>第48項</u>の場合にあつては、同項の労働者一人当たりの給与の額をいう。）の上昇し、又は低下した比率を基準として定めたものをいう。この場合において、平成9年4月1日から同年6月30日までの項にあつては、平成25年7月1日、平成8年10月1日から同年12月31日までの項、平成9年7月1日から同年9月30日までの項、平成10年1月1日から同年3月31日までの項、平成10年4月1日から同年6月30日までの項、平成10年7月1日から同年9月30日までの項及び平成10年10月1日から同年12月31日までの項にあつては、平成27年7月1日以降に支

給すべき事由が生じた場合について適用されたものとする。
また、算定事由発生日の属する期間が平成3年4月1日から同年6月30日までの場合にあつては、平成25年6月30日以前の率を111%とし、平成3年7月1日から同年9月30日までの場合及び平成4年1月1日から同年3月31日までの場合にあつては、平成25年6月30日以前の率を110%として適用する。

給すべき事由が生じた場合について適用されたものとする。
また、算定事由発生日の属する期間が平成3年4月1日から同年6月30日までの場合にあつては、平成25年6月30日以前の率を111%とし、平成3年7月1日から同年9月30日までの場合及び平成4年1月1日から同年3月31日までの場合にあつては、平成25年6月30日以前の率を110%として適用する。

（労働者災害補償保険法施行規則第九条の五第二項の規定に基づく厚生労働大臣が定める数の一部
改正）

第五条 労働者災害補償保険法施行規則第九条の五第二項の規定に基づく厚生労働大臣が定める数（
平成十一年労働省告示第七十六号）の一部を次の表のように改正する。

改正後	改正前
労働者災害補償保険法施行規則（昭和三十年労働省令第二十二号） 第九条の五第二項の規定に基づき、厚生労働大臣が定める数を次のように定め、平成十一年八月から平成十二年七月までの月分の労働者災害補償保険法（昭和二十二年法律第五十号）の規定による年金たる保険給付（<u>複数事業労働者障害年金、複数事業労働者遺族年金又は複数事業労働者傷病年金</u>）については、令和二年九月一日から令和三年七月三十一日までの間に支給すべき事由が生じた年金たる保険給付に限る。） 、平成十一年八月一日から平成十二年七月三十一日までの間に支給すべき事由が生じた同法の規定による障害補償一時金、遺族補償一時金、障害一時金若しくは遺族一時金又は令和二年九月一日から令和三年七月三十一日までの間に支給すべき事由が生じた同法の規定による複数事業労働者障害一時金若しくは複数事業労働者遺族一時金に係る給付基礎日額の算定に用いる同法第八条の三第一項第二号（同法第八条の四において準用する場合を含む。）の厚生労働大臣が定める率の算定から適用する。 労働者災害補償保険法施行規則第九条の五第二項の厚生労働大臣が定める数は、一とする。	労働者災害補償保険法施行規則（昭和三十年労働省令第二十二号） 第九条の五第二項の規定に基づき、厚生労働大臣が定める数を次のように定め、平成十一年八月から平成十二年七月までの月分の労働者災害補償保険法（昭和二十二年法律第五十号）の規定による年金たる保険給付又は平成十一年八月一日から平成十二年七月三十一日までの間に支給すべき事由が生じた同法の規定による障害補償一時金、遺族補償一時金、障害一時金若しくは遺族一時金に係る給付基礎日額の算定に用いる同法第八条の三第一項第二号（同法第八条の四において準用する場合を含む。）の厚生労働大臣が定める率の算定から適用する。 労働者災害補償保険法施行規則第九条の五第二項の厚生労働大臣が定める数は、一とする。

（労働者災害補償保険法第八条の二第二項各号の厚生労働大臣が定める額の一部改正）

第六条 労働者災害補償保険法第八条の二第二項各号の厚生労働大臣が定める額を定める件（令和二年厚生労働省告示第二百四十二号）の一部を次の表のように改正する。

(傍線部分は改正部分)

改正後	改正前
労働者災害補償保険法施行規則（昭和三十年労働省令第二十二号） 第九条の四第七項の規定に基づき、令和二年八月一日から令和三年七月三十一日までの間に支給すべき事由が生じた労働者災害補償保険法（昭和二十二年法律第五十号）の規定による休業補償給付若しくは休業給付若しくは令和二年九月一日から令和三年七月三十一日までの間に支給すべき事由が生じた同法の規定による複数事業労働者休業給付又は令和二年八月から令和三年七月までの月分の同法の規定による年金たる保険給付の額の算定の基礎として用いる給付基礎日額に係る同法第八条の二第二項各号（同法第八条の三第二項において準用する場合を含む。）の厚生労働大臣が定める額は、次の表の上欄に掲げる年齢階層の区分に応じ、それぞれ同表の中欄及び下欄に定める額とする。 表（略）	労働者災害補償保険法施行規則（昭和三十年労働省令第二十二号） 第九条の四第七項の規定に基づき、令和二年八月一日から令和三年七月三十一日までの間に支給すべき事由が生じた労働者災害補償保険法（昭和二十二年法律第五十号）の規定による休業補償給付若しくは休業給付又は令和二年八月から令和三年七月までの月分の同法の規定による年金たる保険給付の額の算定の基礎として用いる給付基礎日額に係る同法第八条の二第二項各号（同法第八条の三第二項において準用する場合を含む。）の厚生労働大臣が定める額は、次の表の上欄に掲げる年齢階層の区分に応じ、それぞれ同表の中欄及び下欄に定める額とする。 表（略）

（労働者災害補償保険法第十六条の六第二項等の厚生労働大臣が定める率の一部改正）

第七条 労働者災害補償保険法第十六条の六第二項等の厚生労働大臣が定める率を定める件（令和二年厚生労働省告示第二百四十三号）の一部を次の表のように改正する。

(傍線部分は改正部分)

改正後	改正前
労働者災害補償保険法（昭和二十二年法律第五十号）第十六条の六第二項（同法第二十条の六第三項及び第二十二条の四第三項において準用する場合を含む。）並びに労働者災害補償保険法施行規則（昭和三十年労働省令第二十二号）附則第十七項及び第十八項（これらの規定を同令附則第三十六項及び第四十五項において準用する場合を含む。）並びに同令附則第三十二項（同令附則第四十三項及び第五十二項において準用する場合を含む。）の規定に基づき、令和二年八月一日から令和三年七月三十一日までの間に支給すべき事由が生じた同法第十六条の六第一項第二号（同法第二十条の六第三項及び第二十二条の四第三項において準用する場合を含む。）の遺族補償一時金、複数事業労働者遺族一時金若しくは遺族一時金又は障害補償年金差額一時金、複数事業労働者障害年金差額一時金若しくは障害年金差額一時金の額の算定に關し、支給された遺族補償年金若しくは遺族補償年金前払一時金、複数事業労働者遺族年金若しくは複数事業労働者遺族年金前払一時金又は障害補償年金前払一時金、複数事業労働者障害年金前払一時金若しくは障害年金若しくは障害年金前払一時金の額に乘ずべき厚生労働大臣が定める率を次のとおり定める。	労働者災害補償保険法（昭和二十二年法律第五十号）第十六条の六第二項（同法第二十二条の四第三項において準用する場合を含む。）並びに労働者災害補償保険法施行規則（昭和三十年労働省令第二十二号）附則第十七項及び第十八項（これらの規定を同令附則第三十六項において準用する場合を含む。）並びに同令附則第三十二項（同令附則第四十三項において準用する場合を含む。）の規定に基づき、令和二年八月一日から令和三年七月三十一日までの間に支給すべき事由が生じた同法第十六条の六第一項第二号（同法第二十二条の四第三項において準用する場合を含む。）の遺族補償一時金差額一時金の額の算定に關し、支給された遺族補償年金若しくは遺族補償年金前払一時金若しくは障害補償年金差額一時金又は障害補償年金前払一時金若しくは障害年金若しくは障害年金前払一時金の額に乘ずべき厚生労働大臣が定める率を次のとおり定める。
表（略）	
備考	
1 この表及び備考において「遺族補償年金等」とは遺族補償年金、複数事業労働者遺族年金若しくは遺族年金又は障害補償年金、複数事業労働者障害年金若しくは障害年金をいい、「遺族補償年金前払一時金等」とは遺族補償年金前払一時金、複数事業労働者遺族年金前払一時金若しくは遺族年金前払一時金又は障害補償年金前払一時金、複数事業労働者障害年金前払一時金	

表（略）

備考

1 この表及び備考において「遺族補償年金等」とは遺族補償年金、複数事業労働者遺族年金若しくは遺族年金又は障害補償年金、複数事業労働者障害年金若しくは障害年金をいい、「遺族補償年金前払一時金等」とは遺族補償年金前払一時金、複数事業労働者遺族年金前払一時金若しくは遺族年金前払一時金又は障害補償年金前払一時金若しくは障害年金前払一時金をいう。

若しくは障害年金前払一時金をいう。
2～4 (略)

2～4 (略)

（労働者災害補償保険法の規定による年金たる保険給付等に係る給付基礎日額の算定に用いる厚生労働大臣が定める率の一部改正）

第八条 労働者災害補償保険法の規定による年金たる保険給付等に係る給付基礎日額の算定に用いる厚生労働大臣が定める率を定める件（令和二年厚生労働省告示第二百四十四号）の一部を次の表のように改正する。

(傍線部分は改正部分)

改正後	改正前
労働者災害補償保険法（昭和二十二年法律第五十号）第八条の三第一項第二号（同法第八条の四において準用する場合を含む。）の規定に基づき、令和二年八月から令和三年七月までの月分の同法の規定による年金たる保険給付、令和二年八月一日から令和三年七月三十一日までの間に支給すべき事由が生じた同法の規定による障害補償一時金若しくは遺族補償一時金若しくは障害一時金若しくは遺族一時金又は令和二年九月一日から令和三年七月三十一日までの間に支給すべき事由が生じた同法の規定による複数事業労働者障害一時金若しくは複数事業労働者遺族一時金に係る給付基礎日額の算定に用いる厚生労働大臣が定める率を次のとおり定める。 表（略）	労働者災害補償保険法（昭和二十二年法律第五十号）第八条の三第一項第二号（同法第八条の四において準用する場合を含む。）の規定に基づき、令和二年八月から令和三年七月までの月分の同法の規定による年金たる保険給付又は令和二年八月一日から令和三年七月三十一日までの間に支給すべき事由が生じた同法の規定による障害補償一時金若しくは遺族補償一時金若しくは障害一時金若しくは遺族一時金に係る給付基礎日額の算定に用いる厚生労働大臣が定める率を次のとおり定める。 表（略）

附 則

（適用期日）

- 1 この告示は、雇用保険法等の一部を改正する法律附則第一条第三号に掲げる規定の施行の日（令和二年九月一日）から適用する。

（様式に関する経過措置）

- 2 この告示の適用の際現にあるこの告示による改正前の様式（次項において「旧様式」という。）により使用されている書類は、この告示による改正後の様式によるものとみなす。
- 3 この告示の適用の際現にある旧様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。