

○厚生労働省告示第三百九十七号

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）及び関係法令の規定に基づき、並びに関係法令を実施するため、押印を求める手続の見直し等のための厚生労働省関係告示の一部を改正する告示を次のように定める。

令和二年十二月二十五日

厚生労働大臣 田村 憲久

押印を求める手続の見直し等のための厚生労働省関係告示の一部を改正する告示

（国立感染症研究所試験検査依頼規程等の一部改正）

第一条 次に掲げる告示の規定中「㊦」を削る。

- 一 国立感染症研究所試験検査依頼規程（昭和三十五年厚生省告示第八十二号）別記様式
  - 二 国立感染症研究所製品交付規程（昭和三十五年厚生省告示第八十三号）別記様式
  - 三 国立医薬品食品衛生研究所試験検査依頼規程（昭和三十五年厚生省告示第八十四号）別記様式
- 第一から別記様式第三まで

（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）

第二条 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。

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   |
|                               |  |     |     |         |       |
| 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 |  |     |     |         |       |
| 死亡した受給権者の死亡年月日                | 年 月 日  |     |     |         |       |
| ④ 請求人の住所                      |  |     |     |         |       |
| 申請人の住所                        |  |     |     |         |       |
| 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<br>遺族(補償)等給付 傷病(補償)等年金 介護(補償)等給付<br>葬祭料等(葬祭給付) |     |     |         |       |
| ⑥ 添付する書類その他の資料名               | _____特別支給金 _____特別一時年金   |     |     |         |       |

未支給の保険給付の支給を請求  
上記により 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 普通・当座 第 _____ 号 |
| 農協・漁協・信組       | 出張所 支店・支所 口座名義人 _____ |

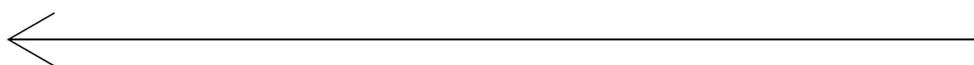
様式第4号(裏面)

〔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つたとき又は特別支給金の支給を申請していなかつたときは、(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つ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。

|                    |                      |    |          |
|--------------------|----------------------|----|----------|
| 社会保険<br>労務士<br>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     |
|                    |                      |    | ( )<br>— |

様式第五号を次のように改める。





様式第5号(裏面)

|                |  |
|----------------|--|
| ⑳その他就業先の有無     |  |
| 有              | 有の場合の数<br>(ただし表面の事業場を含まない)<br>社  |
| 無              | 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<br>(ただし表面の事業を含まない)<br>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<br>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 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。
- 5 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います。
- 6 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。

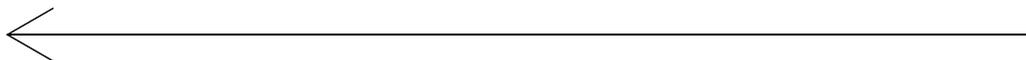
[その他の注意事項]

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<br>証明欄 | 派遣元事業主が証明する事項(表面の⑩、⑰及び⑱)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<br>電話( ) —                       |
|               |   | 事業場の所在地<br>〒 —                         |
|               |   | 事業主の氏名<br>(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) |

|                    |                      |    |       |
|--------------------|----------------------|----|-------|
| 社会保険<br>労務士<br>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 薬局 訪問看護事業者 經由

〒

電話( )

住所

届出人の

方

氏名

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。

Table with columns for insurance number, name, date of birth, address, occupation, and injury details.

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。 事業の名称 年 月 日 〒 電話( ) 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)

Table for hospital change details (⑥) and other information (⑦, ⑧).

様式第 6 号(裏面)

| ⑨その他就業先の有無   |                                   |   |
|--------------|-----------------------------------|---|
| 有<br>無       | 有の場合のその数<br>(ただし表面の事業場を含まない)<br>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<br>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<br>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 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。
- 5 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。
- 6 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<br>労務士<br>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     |
|                    |                      |    | ( )<br>— |

様式第七号（一）を次のように改める。





|   |               |             |
|---|---------------|-------------|
| (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  | 二〇一) 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。<br>三、傷病補償年金又は復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<br>(四〇三) (二〇一) (ル)及び(ヲ)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。<br>(ル)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。<br>(ル)及び(ヲ)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。 |
| 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      |          |    |  |
|           | 休日        | × 回      |          |    |  |
|           | 深夜        | × 回      |          |    |  |
| 指導        |           |          | 食事(基準)   | 円  |  |
| 在宅        | 往診        | 回        | 円× 日間    | 円  |  |
|           | 夜間        | 回        | 円× 日間    | 円  |  |
|           | 緊急・深夜     | 回        | 円× 日間    | 円  |  |
|           | 在宅患者訪問診療  | 回        |          |    |  |
|           | その他       | 回        |          |    |  |
| 投薬        | 内服 薬剤     | 単位       | 小計       | 円  |  |
|           | 調剤        | × 回      | ②        |    |  |
|           | 屯服 薬剤     | 単位       | 摘要       |    |  |
|           | 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        | 薬剤        | 回        |          |    |  |
| 手術        | 薬剤        | 回        |          |    |  |
| 検査        | 薬剤        | 回        |          |    |  |
| 画像診断      | 薬剤        | 回        |          |    |  |
|           | 処方せん      | 回        |          |    |  |
| 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。  
 (四〇三) (二〇一) (リ)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、傷病補償年金又は復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。  
 (ル)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。  
 (ル)及び(ヲ)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、傷病補償年金又は復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。

| ②⑥ 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)                                   |                           |

四、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。  
 ②⑥「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。  
 五、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。

|           |   |                              |
|-----------|---|------------------------------|
| 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。 |                              |
|           | 事業の名称   | 電話( ) -                      |
|           | 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) |

|            |                      |     |         |
|------------|----------------------|-----|---------|
| 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。





|  |               |                              |
|--|---------------|------------------------------|
| (二) 労働者の<br>所属事業場の<br>名称・所在地   | (ホ) 負傷又は発病の時刻 | (へ) 職名                       |
|  | 午 前 後 時 分頃    | 災害発生の<br>事実を確認<br>した者の<br>氏名 |
| (ト) 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

|              |     |    |
|--------------|-----|----|
| 病院又は<br>診療所の | 名 称 |    |
|              | 所在地 |    |
| 担 当 医<br>氏 名 | 1.  | 3. |
|              | 2.  | 4. |

| 医師<br>番号  | 処方月日 | 調剤月日 | 処 方              |          | 調剤<br>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<br>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

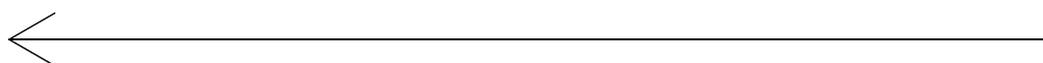
- この請求書は、薬局から薬剤の支給を受けた場合に提出すること。
- 事項を選択する場合には、該当する事項を○で囲むこと。
- (二)は、労働者の直接所属する事業場が一括適用の取扱いを受けている場合に、労働者が直接所属する支店、工事現場等を記載すること。
- 傷病補償年金又は複数事業労働者傷病年金の受給権者が当該傷病に係る療養の費用を請求する場合以外の場合の注意事項
  - ④は、記載する必要がないこと。
  - (へ)は、災害発生の事実を確認した者(確認した者が多数あるときは、最初に発見した者)を記載すること。
  - (へ)及び(ト)は、第2回以後の場合には記載する必要がないこと。
  - 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。
- 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(ホ)から(ト)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。
- 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。
- 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。
- 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。

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

|               |   |         |
|---------------|---|---------|
| 派遣先事業<br>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<br>(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)                  |         |

|                    |                      |     |         |
|--------------------|----------------------|-----|---------|
| 社会保険<br>労務士<br>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。





|  |               |                              |
|--|---------------|------------------------------|
| 労働者の<br>(二) 所属事業場の<br>名称・所在地   | (ホ) 負傷又は発病の時刻 | (ヘ) 職名                       |
|  | 午 前 時 分頃<br>後 | 災害発生<br>の事実を<br>確認した<br>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<br>内訳<br>及び<br>金額 | 初 検 料                 | 初検年月日     | 平成<br>令和 | 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<br>固 定 料<br>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<br>帯<br>交<br>換<br>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)
- 共通の注意事項
    - 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。
    - 事項を選択する場合には、該当する事項を○で囲むこと。
    - (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。
  - 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。
    - (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。
    - (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。
    - 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。
  - 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(ホ)から(ト)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。
  - 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。
  - ㊸「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。
  - 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。

| ㊸その他就業先の有無  |   |
|---|---|
| 有   | 有の場合のその数<br>(ただし表面の事業場を含まない)                  |
| 無   | 社   |
| 有の場合で<br>いずれかの<br>事業で特別<br>加入してい<br>る場合の特<br>別加入状況<br>(ただし表<br>面の事業を<br>含まない) | 労働保険事務組合又は特別加入団体の名称<br><br>加入年月日<br><br>年 月 日 |
| 労働保険番号(特別加入)  |   |

|               |   |                              |  |
|---------------|---|------------------------------|--|
| 派遣先事業<br>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( ) —                      |  |
|               | 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) |  |

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

|                    |                      |     |         |
|--------------------|----------------------|-----|---------|
| 社会保険<br>労務士<br>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（四）を次のように改める。



|    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 標準 | 字 | 体 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 〃 | ° | - |
| 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勞 5他 1委任 3未支給 7はりきゅう

(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」にならう。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。

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 (1男 3女) 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 ⑮ 郵便局コード

⑨ 労働者の氏名 住所 ⑯ 職 種

⑩ 振込の希望金融機関 ⑪ 口座番号 (左詰め)

⑫ 振込の希望金融機関 ⑬ 口座名義人

⑭ 振込の希望金融機関 ⑮ 口座名義人

⑯ 振込の希望金融機関 ⑰ 口座名義人

⑱ 振込の希望金融機関 ⑲ 口座名義人

⑲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 (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)

⑲の者については、(イ)から(ハ)まで及び⑳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 住所 氏名

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 年月日 治癒(症状固定)・継続中・転医・中止

⑳ 指定・指名番号 ㉑ 療養に要した費用の額 (内訳裏面のとおりに)

㉒ 療養期間の初日 ㉓ 療養期間の末日 ㉔ 施術実日数 ㉕ 転帰事由

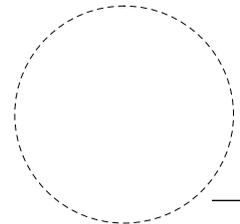
※ 上記により療養補償給付又は複数事業労働者療養給付たる療養の費用の支給を請求します。

年月日 住所 (方) 電話( ) -

請求人の氏名 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、( )の所を合に折りかたに2つ折りにしてください。



様式第7号(4)(裏面)

|   |               |                              |
|---|---------------|------------------------------|
| 労働者の<br>(二) 所属事業場の<br>名称・所在地  | (ホ) 負傷又は発病の時刻 | (ヘ) 職名                       |
|   | 午 前 後 時 分 頃   | 災害発生<br>の事実を<br>確認した<br>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

(注 意)

| 種 別   |                 | 金 額             |           |  |
|---|-----------------|-----------------|-----------|--|
| 初 検 料   |                 | 千 円             |           |  |
| 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 |  |
|   | km              | 回               | 円         |  |
| 施 術   | 施 術 名           | 回 数             | 1 回 の 料 金 |  |
|   | は り き ゅ う       | 回               | 円         |  |
|   | は り ・ き ゅ う 併 用 |                 |           |  |
|   | 電 気 針           |                 |           |  |
|   | 電 気 温 灸 器       |                 |           |  |
|   | 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 |                 |                 |           |  |

- (一) 共通の注意事項  
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) (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)は、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
- (三)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。
- (四)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。
- (二) (一) 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
- (四) ③、⑥、⑦及び(ト)までは記載する必要がないこと。
- (五) ④は、記載する必要がないこと。

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

- 四、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。
- 五、㉔「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。
- 六、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。

|           |  |               |
|-----------|--|---------------|
| 派遣元事業主証明欄 | 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 _____<br>(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            |

|                    |                      |     |         |
|--------------------|----------------------|-----|---------|
| 社会保険<br>労務士<br>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。





|  |               |                            |
|--|---------------|----------------------------|
| (ニ) 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<br>災害発生の実事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 |
|            | 准看護師        | 円× 日 | 円 |
|            | 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 |
|            | 准看護師        | 円× 日 | 円 |
|            | 加算          | 円 加算 | 円 |
|            | 加算          | 円 加算 | 円 |
| 管理療養費      | 初 日         |      | 円 |
|            | 2日目以降 日     |      | 円 |
| 情報提供療養費    |             |      | 円 |
| ターミナルケア療養費 | 死亡年月日 年 月 日 |      | 円 |
| 合計         |             |      | 円 |

|                 |   |
|-----------------|---|
| 指示期間 (特別指示期間)   | 年月日～年月日 / 年月日～年月日   |
| 訪問日             | 1 2 3 4 5 6 7<br>8 9 10 11 12 13 14<br>15 16 17 18 19 20 21<br>22 23 24 25 26 27 28<br>29 30 31 |
| 主治医への直近報告年月日    | 年 月 日   |
| 提供した情報の概要       |   |
| 情報提供先の市(区)町村の名称 |   |

(注意)

- 共通の注意事項
  - 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。
  - (ニ)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。
- 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。
  - (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。
  - (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。
  - 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。
- 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、(ホ)、(ヘ)及び(ト)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。
- 「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。
- 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。
- 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。
- 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<br>(ただし表面の事業場を含まない)                  |
| 無   | 社   |
| 有の場合<br>でいずれ<br>かの事業<br>で特別加<br>入してい<br>る場合の<br>特別加入<br>状況<br>(ただし<br>表面の事<br>業を含ま<br>ない) | 労働保険事務組合又は<br>特別加入団体の名称<br><br>加入年月日<br>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 _____<br>(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)            |

|                    |                      |     |           |
|--------------------|----------------------|-----|-----------|
| 社会保険<br>労務士<br>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）を次のように改める。



標準字体 table with characters: 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, ト, ナ, ニ, 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

⑭平均賃金 ⑮特別給与の額 ⑯日数査定 ⑰支コード ⑱委任未支給 ⑲特別コード

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

⑫労働者氏名 ⑰郵便番号 ⑱療養のため労働できなかった期間 ⑲賃金を受けなかった日の日数

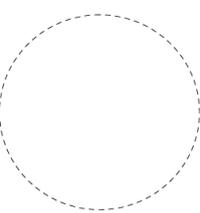
⑲療養のため労働できなかった期間 ⑲賃金を受けなかった日の日数

※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。

(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は該事項を○で囲んでください。(ただし、⑤及び⑧欄並びに⑥⑦及び⑩欄の正号については該番号を記入枠に記入してください。)



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。  
休業特別支給金の支給を申請  
年 月 日 電話( ) -  
住所 ( 方)  
請求人の氏名  
労働基準監督署長 殿

様式第八号（裏面）を次のように改める。



[注 意]

一、所定労働時間後に負傷した場合には、⑲及び⑳欄については、当該負傷した日を除いて記載してください。  
 二、別紙1①欄には、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に休業した期間があり、その期間及びその期間中に受けた賃金の額を算定基礎から控除して算定した平均賃金に相当する額が平均賃金の額を超える場合に記載し、控除する期間及び賃金の内訳を別紙1②欄に記載してください。この場合は、⑳欄に、この算定方法による平均賃金に相当する額を記載してください。  
 三、別紙2は、㉔欄の「賃金を受けなかった日」のうちに業務上の負傷又は疾病による療養のため所定労働時間のうちその一部分についてのみ労働した日(別紙2において「一部休業日」という。)が含まれる場合に限り添付してください。

四、別紙3は、㉙欄の「その他就業先の有無」で「有」に○を付けた場合に、その他就業先ごとに記載してください。その際、その他就業先ごとに注意二及び三の規定に従って記載した別紙1及び別紙2を添付してください。  
 五、請求人(申請人)が災害発生事業場で特別加入者であるときは、㉚欄には、その者の給付基礎日額を記載してください。  
 六、⑦、⑱、⑳、㉓、㉔及び㉗欄の事項を証明することができる書類その他の証明は受ける必要はありません。

|  |  |   |   |                     |    |
|--|--|---|---|---------------------|----|
| ㉔ 労働者の職種   |  | ㉓ 負傷又は発病の時刻                             |   | ㉚ 平均賃金(算定内訳別紙1のとおり) |    |
|  |  | 午後                                      | 時 | 分                   | 銭  |
| ㉕ 所定労働時間   |  | 午後                                      | 時 | 分から                 | 午後 |
|  |  | 時                                       | 分 | まで                  | 時  |
| ㉗ 災害の原因、発生状況及び発生当日の就労・療養状況   |  | ㉖ 休業補償給付額、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) |   |                     |    |
| (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って(お)どのような災害が発生したか(か)㉗と初診日と災害発生日が同じ場合は当日所定労働時間内に通院したか、㉗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 |  |   |   |                     |    |

|                |                          |                  |  |
|----------------|--------------------------|------------------|--|
| ㉙ 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 障害厚生年金<br>国民年金法の ハニ 障害基礎年金<br>船員保険法の ホ 障害年金 |
|                |                          | 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            |  |
|                | 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                 |                  |  |

六、第二回目以後の請求(申請)の場合には、  
 (一) ⑱、㉔、㉕及び㉗欄については、前回の請求又は申請後の分について記載してください。  
 (二) ㉚欄から㉜欄まで及び㉗欄は記載する必要はありません。  
 (三) 別紙1(平均賃金算定内訳)は付する必要はありません。  
 (四) その請求(申請)が離職後である場合(療養のために労働できなかった期間の全部又は一部が離職前である場合を除く。)には、事業主の証明は受ける必要はありません。

七、休業特別支給金の支給の申請のみを行う場合には、㉚欄は記載する必要はありません。  
 八、複数事業労働者休業給付の請求は、休業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。  
 九、㉙「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、複数事業労働者休業給付の請求はないものとして取り扱います。  
 十、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でない疾病以外は、休業補償給付のみで請求されることとなります。

|  |                         |
|--|-------------------------|
| ㉙ その他就業先の有無                                    |                         |
| 有  | 有の場合の数 (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                   |
| 給付基礎日額   | 円                       |
| 労働保険番号(特別加入)                                   |                         |

|            |                      |     |         |
|------------|----------------------|-----|---------|
| 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（別紙三）を次のように改める。



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)

Table with 5 columns: 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

Form for worker details including name (フリガナ/漢字), gender, birth date, and address (フリガナ/漢字).

③ 平均賃金(内訳は別紙1のとおり)

Form for average wage with fields for Yen (円) and Yen (銭).

④ 雇入期間

Form for employment period with fields for start and end dates (年, 月, 日).

⑤ 療養のため労働できなかつた期間

Form for medical leave period with fields for dates and number of days (日間のうち).

⑦ 厚生年金保険等の受給関係

Form for pension information including basic pension number, qualification date, and pension type.

上記②の者について、③から⑦まで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( ) -

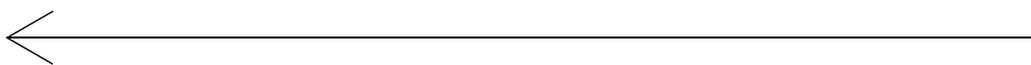
事業場の所在地

事業主の氏名

労働基準監督署長 殿

Table with 4 columns: 社会保険労働士記載欄, 作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示, 氏名, 電話番号

様式第九号を次のように改める。



労働者災害補償保険  
平均給与額証明書

|                       |                       |          |            |            |           |                           |                            |                      |            |  |           |             |       |
|-----------------------|-----------------------|----------|------------|------------|-----------|---------------------------|----------------------------|----------------------|------------|--|-----------|-------------|-------|
| ① 労働保険番号              |                       | 府県       | 所掌         | 管轄         | 基幹番号      |                           |                            | 枝番号                  |            |  | ③ 労働者の氏名  | ⑤ 負傷又は発病年月日 | 年 月 日 |
|                       |                       |          |            |            |           |                           |                            |                      |            |  |           |             |       |
| 事業の種類<br>② (保険料率表による) |                       | ④ 労働者の職種 |            |            |           |                           |                            | ⑥ 改訂比率               |            |  |           |             |       |
| (I) 今回の改訂比率算出の基礎      | 区分                    | 期 間      | a<br>所定労働数 | b<br>延労働者数 | c<br>賃金総額 | d<br>1人1日当りの賃金<br>(c ÷ b) | e<br>1人1箇月当りの賃金<br>(d × a) | 平均給与額<br>(イ+ロ+ハ) ÷ 3 | 上昇又は低下した比率 |  |           |             |       |
|                       | 同種労働者                 | A        | 年 月        |            |           |                           |                            | イ                    | (1)        |  |           |             |       |
|                       |                       |          | 年 月        |            |           |                           |                            | ロ                    |            |  |           |             |       |
|                       |                       |          | 年 月        |            |           |                           |                            | ハ                    |            |  |           |             |       |
|                       |                       | B        | 年 月        |            |           |                           |                            | イ                    | (2)        |  | (2) ÷ (1) |             |       |
|                       |                       |          | 年 月        |            |           |                           |                            | ロ                    |            |  |           |             |       |
|                       |                       |          | 年 月        |            |           |                           |                            | ハ                    |            |  |           |             |       |
|                       | 全労働者                  | A        | 年 月        |            |           |                           |                            | イ                    | (3)        |  |           |             |       |
|                       |                       |          | 年 月        |            |           |                           |                            | ロ                    |            |  |           |             |       |
|                       |                       |          | 年 月        |            |           |                           |                            | ハ                    |            |  |           |             |       |
|                       |                       | B        | 年 月        |            |           |                           |                            | イ                    | (4)        |  | (4) ÷ (3) |             |       |
|                       |                       |          | 年 月        |            |           |                           |                            | ロ                    |            |  |           |             |       |
|                       |                       |          | 年 月        |            |           |                           |                            | ハ                    |            |  |           |             |       |
|                       | (II) 平成2年9月30日までの改訂比率 |          | 区 分        | 第 1 回      |           | 第 2 回                     |                            | 第 3 回                |            |  |           |             |       |
|                       |                       |          | 改 訂 比 率    |            |           |                           |                            |                      |            |  |           |             |       |

上記のとおり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 \_\_\_\_\_  
(法人のときはその名称及び代表者の氏名)

\_\_\_\_\_労働基準監督署長殿

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おいては、前回改訂の算出の基礎となっ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、百分率をもつて記載し1/100に満たない端数は、切り捨てること。

|                      |                      |  |     |                              |
|----------------------|----------------------|--|-----|------------------------------|
| 社 会 保 険<br>勞 務 載 士 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<br>(       )       — |
|                      |                      |  |     |                              |

様式第十号を次のように改める。



労働者災害補償保険

業務災害用  
複数業務要因災害用

障害補償給付支給請求書  
複数事業労働者障害給付年金支給申請書  
障害特別支給年金支給申請書

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)  
③ 労働者のフリガナ (氏名, 生年月日, フリガナ, 住所, 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 傷病の治癒した年月日 (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 (円, 銭)  
⑦ 平均賃金 (円, 銭)  
⑧ 特別給与の総額(年額) (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  
② 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)  
③ 障害等級 (級)  
④ 支給される年金の額 (円)  
⑤ 支給されることとなった年月日 (年, 月, 日)  
⑥ 厚年等の年金証書の基礎年金番号・年金コード  
⑦ 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②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 (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 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 (金融機関) ⑬ 年金の払渡しを希望する金融機関又は郵便局 (支店等を除く。郵便貯金銀行の支店等又は郵便局) (※ 金融機関店舗コード) (※ 郵便局コード) (預金通帳の記号番号) (フリガナ) (所在地) (都道府県) (市郡区) (預金通帳の記号番号)

上記により ⑬の支給を請求します。 (円) ⑬の支給を申請します。 (円) 電話( )

年 月 日 請求人の住所 氏名

労働基準監督署長 殿 個人番号

振込を希望する金融機関の名称 (銀行・金庫, 農協・漁協・信組) 預金の種類及び口座番号 (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<br>無       | 有の場合のその数<br>(ただし表面の事業場を含まない)<br>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<br>(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 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 「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。
- 10 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。
- 11 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。
- 12 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。
- 13 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。
- 14 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<br>労務士<br>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        |
|                    |                      |    | (    )<br>— |

様式第十一号を次のように改める。



労働者災害補償保険  
 障害補償給付  
 複数事業労働者障害給付変更請求書  
 障害給付  
 障害特別年金変更申請書

|   |            |    |     |     |
|---|------------|----|-----|-----|
| 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つた年月日 | 年 月 日      |    |     |     |
| ⑤障害の部位及び状態                                      | (診断書のとおり。) |    |     |     |
| ⑥添付する書類その他の資料名                                  |            |    |     |     |

上記により  
 障害補償給付  
 複数事業労働者障害給付の変更を請求します。  
 障害給付  
 障害特別年金の変更を申請します。

〒 \_\_\_\_\_ 電話( ) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
 \_\_\_\_\_ 労働基準監督署長殿

請求人 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_  
 申請人 \_\_\_\_\_ の \_\_\_\_\_  
 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<br>農協・漁協・信組 | 本店・本所<br>出張所<br>支店・支所<br>普通・当座 第 _____ 号<br>名義人 _____ |

|                    |                      |     |           |
|--------------------|----------------------|-----|-----------|
| 社会保険<br>労働士<br>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 (府県, 所管管轄, 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 死亡労働者のフリガナ, 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, 午前午後, 時分頃)  
⑤ 死亡年月日 (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  
⑦ 平均賃金 (円 銭)  
⑧ 特別給与の総額(年額) (円)

⑨ 厚生年金受給関係 (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, 死亡労働者の被保険者資格の取得年月日, 年 月 日)  
⊙ 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 (円), 支給されることとなった年月日 (年 月 日), 所轄年金事務所等  
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のイ及びロ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] ⑨のイ及びロについては、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)

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)  
⑪ 年金又は複数業務労働者遺族年金 (請求人(申請人)と生計を同じくしているか) (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, 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: 銀行・金庫, 農協・漁協・信組, 郵便貯金銀行, 支店等を除く。 郵便貯金銀行の支店等又は郵便局) (フリガナ, 名称, 所在地: 都道府県, 市郡区, 預金通帳番号, 金融機関コード, 郵便局コード)

上記により 遺族補償年金の支給を請求します。  
遺族特別支給年金の支給を申請します。  
年 月 日 労働基準監督署長 殿  
請求人(申請人)の住所 氏名 (代表者) 電話( )  
〒  
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 (銀行・金庫, 農協・漁協・信組) 本店・本所 出張所 支店・支所  
預金の種類及び口座番号 (普通・当座 第 号 口座名義人)

| ⑭その他就業先の有無   |   |
|--------------|---|
| 有            | 有の場合の数<br>(ただし表面の事業場を含まない)                        |
| 無            | 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<br>(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 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 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 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) 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 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 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。
- 9 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。
  - (1) 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
  - (2) 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)
  - (3) 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
  - (4) 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
  - (5) 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
  - (6) 障害の状態にある妻については、労働者の死亡の時に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
- 10 ⑬については、次により記載すること。
  - (1) 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。
  - (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、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。
- 11 「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。
- 12 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。
- 13 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。
- 14 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。
- 15 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<br>労務士<br>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     |
|                    |                      |    | ( )<br>— |

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 「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。
- 8 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。

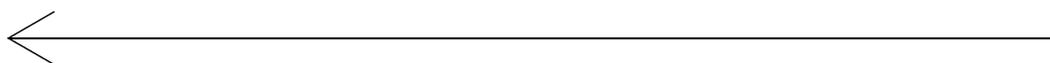
|                    |                      |    |          |
|--------------------|----------------------|----|----------|
| 社会保険<br>労務士<br>記載欄 | 作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示 | 氏名 | 電話番号     |
|                    |                      |    | ( )<br>— |

様式第十四号を次のように改める。





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 支給請求書  
複数事業労働者遺族一時金  
遺族特別支給金 支給申請書  
遺族特別一時金

|  |             |     |         |             |   |  |                               |
|--|-------------|-----|---------|-------------|---|--|-------------------------------|
| ① 労働保険番号   |             |     |         |             | ③ フリガナ<br>氏名 (男・女)<br>死亡<br>生年月日<br>労働者<br>の<br>職 種<br>所属事業場<br>名 所 在 地 | ④ 負傷又は発病年月日<br>年 月 日<br>午後 時 分頃<br>⑤ 死亡年月日<br>年 月 日<br>⑦ 平均賃金<br>円 銭<br>⑧ 特別給与の総額(年額)<br>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。   |             |     |         |             |   |  |                               |
| 事業の名称  |             |     |         |             | 電話( ) —   |  |                               |
| 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<br>請 求<br>人 人  | フリガナ<br>氏 名 |     | 生 年 月 日 | フリガナ<br>住 所 |   | 死亡労働者<br>との 関係   | 請求人(申請人)の代表者を<br>選任しないときはその理由 |
|  |             |     | 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 の支給を請求します。  
複数事業労働者遺族一時金  
遺族特別支給金 の支給を申請します。  
遺族特別一時金

〒 — 電話( ) — 方

年 月 日 労働基準監督署長 殿

請求人 申請人 の 住所  
(代表者) 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          | 本店・本所<br>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)

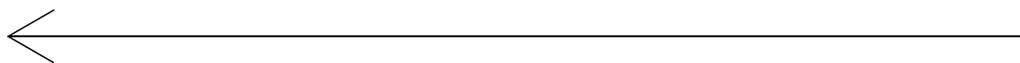
|            |                                       |  |
|------------|---------------------------------------|--|
| ⑩その他就業先の有無 |                                       |  |
| 有<br><br>無 | 有の場合のその数<br>(ただし表面の事業場を含まない)<br><br>社 | 有の場合でいずれかの事業で特別加入している場合の特別加入状況<br>(ただし表面の事業を含まない)<br><br>労働保険事務組合又は特別加入団体の名称 |
|            | 労働保険番号(特別加入)                          | 加入年月日<br><br>年 月 日   |
|            |                                       | 給付基礎日額<br><br>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 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。
- 13 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。
- 14 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<br>労務士<br>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     |
|                    |                      |    | ( )<br>— |

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<br>氏名<br>住所<br>死亡労働者との関係 |                              |
| 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<br>死亡労働者の氏名                  |  |       |       |       | (男・女)                           | ⑤ 負傷又は発病年月日                  |
| 生年月日                                |  |       |       |       | 年 月 日                           | 年 月 日                        |
| 職 種                                 |  |       |       |       | 年 月 日( 歳)                       | 午 前後 時 分頃                    |
| 所属事業場<br>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                              |  |       |       |       |                                 |                              |
|                                     |  |       |       |       |                                 | (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

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          | 本店・本所<br>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<br><br>無   | 有の場合のその数<br>(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<br>(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   |
|              |                              | 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. 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。
11. 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。
12. 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<br>労務士<br>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  |
|                    |                      |     | ( ) — |

様式第十六号の二を次のように改める。



労働者災害補償保険  
傷病の状態等に関する届

|                              |                       |                       |             |      |                 |  |       |       |
|------------------------------|-----------------------|-----------------------|-------------|------|-----------------|--|-------|-------|
| ① 労働保険番号                     | 府県                    | 所掌                    | 管轄          | 基幹番号 | 枝番号             | ③ 傷又は病日<br>負発年 月 日   | 年 月 日 |       |
|                              | フリガナ                  |                       |             |      |                 |  |       | (男・女) |
| ② 労働者の住所                     | 氏名                    |                       |             |      |                 | ④ 療養開始<br>年 月 日  | 年 月 日 |       |
|                              | 生年月日 年 月 日 ( 歳)       |                       |             |      |                 |  |       |       |
| フリガナ                         |                       |                       |             |      |                 |  |       |       |
| 住所                           |                       |                       |             |      |                 |  |       |       |
| ⑤ 傷病の名称、部位及び状態               |                       | (診断書のとおり。)            |             |      |                 |  |       |       |
| ⑥ 厚生年金保険等の受給関係               | 厚年等の年金証書の基礎年金番号・年金コード |                       |             |      |                 | 被保険者資格の取得年月日   | 年 月 日 |       |
|                              | 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 障害年金 □ 障害厚生年金<br>国民年金法の 障害年金 □ 障害基礎年金<br>船員保険法の障害年金 |       |       |
|                              |                       | 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              |             |      |                 |  |       |       |
| ⑦ 添付する書類その他の資料名              |                       |                       |             |      |                 |  |       |       |
| ⑧ 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<br>(支店等を除く。)     | 名称                    | ※ 金融機関店舗コード |      |                 |  |       |       |
|                              |                       | 預金通帳の記号番号             | 普通・当座 第 号   |      | 本店・本所 出張所 支店・支所 |  |       |       |
|                              | 郵便貯金又は銀行の郵便局          | フリガナ                  | ※ 郵便局コード    |      |                 |  |       |       |
|                              |                       | 所在地                   | 都道府県        |      | 市郡区             |  |       |       |
|                              |                       | 預金通帳の記号番号             | 第 号         |      |                 |  |       |       |

上記のとおり届けます。

〒 - 電話 ( ) -

年 月 日  
労働基準監督署長 殿

届出人の 住所  
氏 名

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

様式第16号の2(裏面)

| ⑨その他就業先の有無   |                                   |   |
|--------------|-----------------------------------|---|
| 有<br>無       | 有の場合のその数<br>(ただし表面の事業場を含まない)<br>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<br>加入状況<br>(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<br>年 月 日  |
|              |                                   | 給付基礎日額<br>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 「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。
- 5 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□にレ点を記入すること。
- 6 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をその就業先ごとに記載すること。その際、その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<br>労務士<br>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     |
|--------------------|----------------------|----|----------|
|                    |                      |    | ( )<br>— |

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 支給請求書

標準字体 アカサタナハマヤラフ... 〇濁点、半濁点は一文字として書いてください。

①管轄局署 ②受付年月日 ③特別コード ④介護料区分

(注意) 一、記入枠の部分は、必ず黒のボールペンを使用し、様式の右上に記載された「標準字体」にならうて、枠からはみださないように大きめの力

(イ)年金証書番号 (ロ)受給している労災年金の種類 (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

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

(イ)介護場所等 (ロ)施設等 (ただし、病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム及び原子爆弾被爆者特別養護ホームは除く。) 所在地 名称

介護に從事した者 氏名 生年月日 続柄 介護期間・日数 区分

(ハ)添付する書類 イ 診断書 ロ 介護に要した費用の額の証明書(通) 介護補償給付の支給を請求します。

[介護の事実に関する申立て] 私は、上記(リ)及び(ヌ)のとおり介護に從事したことを申し立てます。 住所 氏名 電話番号

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。折り曲げる場合はこの所を谷折りしてください。

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 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。
- 8 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。

|                    |                      |    |          |
|--------------------|----------------------|----|----------|
| 社会保険<br>労務士<br>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     |
|                    |                      |    | ( )<br>— |

様式第十六号の三を次のように改める。



通勤災害用

療養給付たる療養の給付請求書

事項をよく読んだ上で、

記入してください。

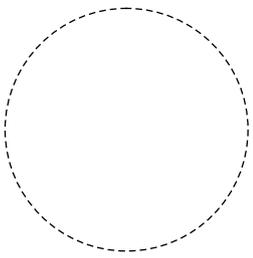
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ア | イ | ウ | エ | オ | カ | キ | ク | ケ | コ | サ | シ | ス | セ | ソ | タ | チ | ツ | テ | ト | ナ | ニ | ヌ |
| ネ | ノ | ハ | ヒ | フ | ヘ | ホ | マ | ミ | ム | メ | モ | ヤ | ユ | ヨ | ラ | リ | ル | レ | ロ | ワ | ン |   |

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   |  | □□□□           |  | 3     |  | 1業通 3全給付       |  | □□     |  | ※ □□□□□□□□    |  |
| ⑤ 労働保険番号  |  |                |  |       |  |                |  |        |  | 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    |  |        |  |               |  |
| 1男 3女   |  | □□□□□□□□□□□□□□ |  |       |  | □□□□□□□□□□□□□□ |  |        |  |               |  |
| ⑫ 労働者の氏名 ( ) (歳)  |  |                |  |       |  |                |  |        |  |               |  |
| ⑬ 郵便番号 □□□□ - □□□□ フリガナ   |  |                |  |       |  |                |  |        |  |               |  |
| ⑭ 住所  |  |                |  |       |  |                |  |        |  |               |  |
| ⑮ 職種  |  |                |  |       |  |                |  |        |  |               |  |
| ⑯ 通勤災害に関する事項  |  | 裏面のとおり         |  |       |  |                |  |        |  |               |  |
| ⑰ 指定病院等の名称  |  | 電話( ) -        |  |       |  |                |  |        |  |               |  |
| ⑰ 所在地   |  | 〒 -            |  |       |  |                |  |        |  |               |  |
| ⑱ 傷病の部位及び状態   |  |                |  |       |  |                |  |        |  |               |  |
| ⑲の者については、⑩及び裏面の(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)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 (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 事業主は、裏面の(ロ)、(ハ)及び(リ)については、知り得なかった場合には証明する必要がないので、知り得なかった事項の符号を消してください。         |  |                |  |       |  |                |  |        |  |               |  |
| 2 労働者の所属事業場の名称・所在地については、労働者が直接所属する事業場が一括適用の取扱いを受けている場合に、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。  |  |                |  |       |  |                |  |        |  |               |  |
| 3 派遣労働者について、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。     |  |                |  |       |  |                |  |        |  |               |  |
| 上記により療養給付たる療養の給付を請求します。   |  |                |  |       |  |                |  |        |  |               |  |
| 労働基準監督署長 殿  |  |                |  |       |  |                |  |        |  |               |  |
| 〒 - 電話( ) -   |  |                |  |       |  |                |  |        |  |               |  |
| 住所 ( ) 方  |  |                |  |       |  |                |  |        |  |               |  |
| 氏名  |  |                |  |       |  |                |  |        |  |               |  |



|           |       |     |     |     |     |        |                   |   |
|-----------|-------|-----|-----|-----|-----|--------|-------------------|---|
| 支不支給決定決議書 | 署長    | 副署長 | 課長  | 係長  | 係   | 決定年月日  | ・                 | ・ |
|           | 調査年月日 | ・   | ・   | ・   | ・   | 不支給の理由 | (この欄は記入しないでください。) |   |
|           | 復命書番号 | 第 号 | 第 号 | 第 号 | 第 号 |        |                   |   |

|  |       |  |                                     |
|--|-------|--|-------------------------------------|
| (イ) 災害時の通勤の種類<br>(該当する記号を記入)   |       | イ. 住居から就業の場所への移動<br>ハ. 就業の場所から他の就業の場所への移動<br>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<br>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 の 場 所   |       | (二) 就業の場所<br>(災害時の通勤の種類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<br>(災害時の通勤の種類がイ、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<br>(災害時の通勤の種類がイ、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<br>(災害時の通勤の種類がロ、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<br>(災害時の通勤の種類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) 災害時の通勤の種類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、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<br>(あ)どのような場所を<br>(い)どのような方法で移動している際に<br>(う)どのような物で又はどのような状況において<br>(え)どのようにして災害が発生したか<br>(お)㊸ど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<br>氏 名   |       | 電話( ) —  |                                     |
| (ヲ) 転任の事実の有無<br>(災害時の通勤の種類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   |                                     |

|            |   |
|------------|---|
| ㊸その他就業先の有無 |   |
| 有          | 有の場合のその致<br>(ただし表面の事業場を含まない)  |
| 無          | 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)<br>労働保険事務組合又は特別加入団体の名称 |
|            | 社   |
|            | 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]

- 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、㊸欄並びに㊹及び㊺欄の元号については該当番号を記入枠に記入してください。)
- 傷病年金の受給権者が当該傷病にかかる療養の給付を請求する場合には、㊵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、㊹及び㊺は記入しないでください。
- ㊸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。
- (ホ)は、災害時の通勤の種類がハの場合には、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。
- (ト)は、災害時の通勤の種類がハの場合には、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。
- (チ)は、災害時の通勤の種類がハの場合には、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。
- (リ)は、通常の通勤の経路を図示し、災害発生の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の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。

[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。
- 筆記用具は黒ボールペンを使用し、記入枠からはみださないように書いてください。
  - 「促音」「よう音」などは大きく書き、濁点、半濁点は1文字として書いてください。  
(例) キツテ → 

|   |   |   |
|---|---|---|
| キ | ツ | テ |
|---|---|---|

 キョ → 

|   |   |
|---|---|
| キ | ヨ |
|---|---|

 バ → 

|   |   |
|---|---|
| ハ | バ |
|---|---|
  - |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 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。
  - |   |
|---|
| 丨 |
|---|

 はカギを付けないで垂直に、

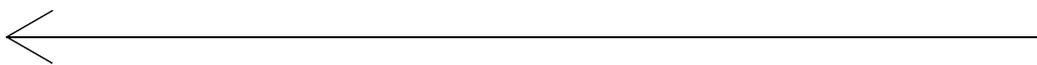
|   |
|---|
| 凵 |
|---|

 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<br>証明欄                | 派遣元事業主が証明する事項(表面の㊸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 <span style="float: right;">電話( ) —</span>  |
|                              | 年 月 日 事業場の所在地 <span style="float: right;">〒 —</span>  |
|                              | 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) |   |

|                    |                      |     |         |
|--------------------|----------------------|-----|---------|
| 社会保険<br>労務士<br>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 |
|                    |                      |     | ( ) —   |

様式第十六号の四を次のように改める。



労働者災害補償保険

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 | 經由 |
|  | 診       | 療 |    |
|  | 薬       | 局 |    |
|  | 訪問看護事業者 |   |    |

〒 \_\_\_\_\_  
電話 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

住所

届出人の \_\_\_\_\_ 方

氏名

下記により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<br><br>労働者の<br>の                    |                    | ④ 負傷又は発病年月日 |
| 府県 所掌 管轄 基幹番号 枝番号  |  | (男・女)              | 年 月 日       |
| ② 年金証書の番号  |  | 生年月日 年 月 日 ( 歳)    | 午 前後 時 分頃   |
| 管轄局 種別 西暦年 番号  |  | 住所                 |             |
|  |  | 職 種                |             |
| ⑤ 災害の原因及び発生状況 <small>(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を簡明に記載すること</small> |  |                    |             |
|  |  |                    |             |
| ③の者については、④に記載したとおりであることを証明します。   |  |                    |             |
| 事業の名称  |  |                    |             |
| 年 月 日  | 〒 _____                                  | 電話 ( _____ ) _____ |             |
| 事業場の所在地  |  |                    |             |
| 事業主の氏名   |  |                    |             |
| <small>(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)</small>  |  |                    |             |
| [注意] 事業主は、④について知り得なかった場合には、証明する必要がないこと。  |  |                    |             |
| ⑥ 指定病院等の変更   | 変更前の名称                                   | ( 労災指定<br>医 番 号 )  |             |
|  | 変更後の名称                                   | 〒 _____            |             |
|  | 変更理由                                     |                    |             |
| ⑦  | 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16号の4(裏面)

| ⑨その他就業先の有無   |                              |   |
|--------------|------------------------------|---|
| 有<br>無       | 有の場合のその数<br>(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<br>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]

- 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。

|                    |                      |     |          |
|--------------------|----------------------|-----|----------|
| 社会保険<br>労務士<br>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  |
|                    |                      |     | ( )<br>— |

様式第十六号の五（一）を次のように改める。





|  |  |   |
|--|--|---|
| (リ) 災害時の通勤の種別<br>(該当する記号を記入)   | イ. 住居から就業の場所への移動<br>ハ. 就業の場所から他の就業の場所への移動<br>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<br>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) 住所<br>現認者の氏名   | 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)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 |  |   |
| (カ) 負傷又は発病の年月日及び時刻   | 年 月 日 午 前後 時 分 頃   | (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場所に至った経路、方法、時間その他の状況 |
| (コ) 災害発生場所   |  |   |
| (ク) 就業の場所<br>(タ) (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<br>(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   |   |
| (ソ) 住居を離れた年月日及び時刻<br>(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   |   |
| (ツ) 就業終了の年月日及び時刻<br>(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   |   |
| (ネ) 就業の場所を離れた年月日及び時刻<br>(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   |   |
| (ナ) 第三者行為災害  | 該当する・該当しない   |   |
| (ヲ) 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)   |
| (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  |

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     | 再診       | 円  |    |
|          | 継続管理加算    | 指導       | 円  |    |
|          | 外来管理加算    | その他      | 円  |    |
|          | 時間外       |          |    |    |
|          | 休日        |          |    |    |
| 深夜       |           |          |    |    |
| 指導       |           | 食事(基準 )  | 円  |    |
| 在宅       | 往診        | 円× 日間    | 円  |    |
|          | 夜間        | 円× 日間    | 円  |    |
|          | 緊急・深夜     | 円× 日間    | 円  |    |
| 在宅患者訪問診療 | 在宅患者訪問診療  | 小計       | 円  |    |
|          | その他       |          |    |    |
| 薬剤       | 内服        | 摘要       |    |    |
|          | 調剤        |          |    |    |
|          | 外用        |          |    |    |
|          | 処方        |          |    |    |
| 注射       | 皮下筋肉内     |          |    |    |
|          | 静脈内       |          |    |    |
| 処置       | その他       |          |    |    |
|          | 薬剤        |          |    |    |
| 手術       | 薬剤        |          |    |    |
| 検査       | 薬剤        |          |    |    |
| 画像診断     | 薬剤        |          |    |    |
| その他      | 処方せん      |          |    |    |
|          | 薬剤        |          |    |    |
| 入院       | 入院年月日     |          |    |    |
|          | 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       | 合計金額     | 円  |    |
|          |           | ①+②      |    |    |

(注意)

一、共通の注意事項  
 (一) 事項を選択する場合には、該当する事項を○で囲むこと。  
 (二) (一)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。  
 (三) (イ)の期間には、最終の投薬の期間をも算入すること。  
 (四) (エ)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。  
 (五) (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、記載する必要がないこと。  
 (六) 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。  
 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(ワ)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。

| ②その他就業先の有無                                    |                              |
|---|------------------------------|
| 有   | 有の場合のその数<br>(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)                                  |                              |

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ないこと。  
 (二) 事業主の証明は受ける必要がないこと。

|               |   |
|---------------|---|
| 派遣元事業主<br>証明欄 | 派遣元事業主が証明する事項(表面の②並びに(ワ)(通常の通勤の経路及び方法に限る。)、(カ)、(コ)、(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  |
|               | (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)  |

|                    |                      |    |       |
|--------------------|----------------------|----|-------|
| 社会保険<br>労務士<br>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）を次のように改める。



様式第16号の5 (2) (表面) 労働者災害補償保険

通勤災害用

第 回

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 | 〃 | 。 - |
| 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 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

3 4 2 6 1 3 1業 3通 1自 3勞 5他 1委 3任 5未 3未 5支 給

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 (1男 3女) 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 ⑮ 郵便局コード

⑨ 労働者の氏名 (カタカナ) 住所 ⑯ 職 種

⑰ 口座番号 (左詰め) ⑱ (つづき) メイギニン (カタカナ)

⑲の者については、⑦並びに裏面の(チ) (通常の通勤の経路及び方法に限る。)、(リ)、(ヌ)、(ル)、(ヲ)、(カ)、(ヨ)及び(シ)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 (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)

(イ) 傷病名 ⑨の者については、(イ)に記載したとおりであることを証明します。

所在地 〒 -

年月日 病院又は診療所の名称 電話 ( ) -

診療担当者氏名

薬剤師の証明 ⑨の者については、(ロ)、⑳に記載したとおりであること及び(ロ)、㉑に記載した事項は 医師の処方に基づくものであることを証明します。

所在地 〒 -

年月日 薬局の名称 電話 ( ) -

調剤担当者氏名

(ロ) 療養の内容 期間 年月 日から 年月 日まで 日間 調剤実日数 日

(ハ) 療養の給付を受けなかった理由 ㉒療養に要した費用の額 千 万 百 十 万 千 百 十 円 (内訳裏面のとおりに)

㉓療養期間の初日 ㉔療養期間の末日 ㉕調剤数量

※ 元 年 月 日 から 元 年 月 日 まで

上記により療養給付たる療養の費用の支給を請求します。

請求人の 住所 ( 方) 氏名

労働基準監督署長 殿

(注意) ニ、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」にならなくてはならない。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。

一、記載すべき事項のない欄は空白のままとし、事項を選択する場合にのみ「標準字体」で記入してください。(ただし⑤及び⑥欄並びに⑦及び⑧欄の元号については該元号を記入枠に記入してください。)

二、記載すべき事項のない欄は空白のままとし、事項を選択する場合にのみ「標準字体」で記入してください。(ただし⑤及び⑥欄並びに⑦及び⑧欄の元号については該元号を記入枠に記入してください。)

三、記載すべき事項のない欄は空白のままとし、事項を選択する場合にのみ「標準字体」で記入してください。(ただし⑤及び⑥欄並びに⑦及び⑧欄の元号については該元号を記入枠に記入してください。)

四、記載すべき事項のない欄は空白のままとし、事項を選択する場合にのみ「標準字体」で記入してください。(ただし⑤及び⑥欄並びに⑦及び⑧欄の元号については該元号を記入枠に記入してください。)

五、記載すべき事項のない欄は空白のままとし、事項を選択する場合にのみ「標準字体」で記入してください。(ただし⑤及び⑥欄並びに⑦及び⑧欄の元号については該元号を記入枠に記入してください。)

六、記載すべき事項のない欄は空白のままとし、事項を選択する場合にのみ「標準字体」で記入してください。(ただし⑤及び⑥欄並びに⑦及び⑧欄の元号については該元号を記入枠に記入してください。)

七、記載すべき事項のない欄は空白のままとし、事項を選択する場合にのみ「標準字体」で記入してください。(ただし⑤及び⑥欄並びに⑦及び⑧欄の元号については該元号を記入枠に記入してください。)

八、記載すべき事項のない欄は空白のままとし、事項を選択する場合にのみ「標準字体」で記入してください。(ただし⑤及び⑥欄並びに⑦及び⑧欄の元号については該元号を記入枠に記入してください。)

九、記載すべき事項のない欄は空白のままとし、事項を選択する場合にのみ「標準字体」で記入してください。(ただし⑤及び⑥欄並びに⑦及び⑧欄の元号については該元号を記入枠に記入してください。)

十、記載すべき事項のない欄は空白のままとし、事項を選択する場合にのみ「標準字体」で記入してください。(ただし⑤及び⑥欄並びに⑦及び⑧欄の元号については該元号を記入枠に記入してください。)

十一、記載すべき事項のない欄は空白のままとし、事項を選択する場合にのみ「標準字体」で記入してください。(ただし⑤及び⑥欄並びに⑦及び⑧欄の元号については該元号を記入枠に記入してください。)

十二、記載すべき事項のない欄は空白のままとし、事項を選択する場合にのみ「標準字体」で記入してください。(ただし⑤及び⑥欄並びに⑦及び⑧欄の元号については該元号を記入枠に記入してください。)

十三、記載すべき事項のない欄は空白のままとし、事項を選択する場合にのみ「標準字体」で記入してください。(ただし⑤及び⑥欄並びに⑦及び⑧欄の元号については該元号を記入枠に記入してください。)

十四、記載すべき事項のない欄は空白のままとし、事項を選択する場合にのみ「標準字体」で記入してください。(ただし⑤及び⑥欄並びに⑦及び⑧欄の元号については該元号を記入枠に記入してください。)

十五、記載すべき事項のない欄は空白のままとし、事項を選択する場合にのみ「標準字体」で記入してください。(ただし⑤及び⑥欄並びに⑦及び⑧欄の元号については該元号を記入枠に記入してください。)

十六、記載すべき事項のない欄は空白のままとし、事項を選択する場合にのみ「標準字体」で記入してください。(ただし⑤及び⑥欄並びに⑦及び⑧欄の元号については該元号を記入枠に記入してください。)

十七、記載すべき事項のない欄は空白のままとし、事項を選択する場合にのみ「標準字体」で記入してください。(ただし⑤及び⑥欄並びに⑦及び⑧欄の元号については該元号を記入枠に記入してください。)

十八、記載すべき事項のない欄は空白のままとし、事項を選択する場合にのみ「標準字体」で記入してください。(ただし⑤及び⑥欄並びに⑦及び⑧欄の元号については該元号を記入枠に記入してください。)

十九、記載すべき事項のない欄は空白のままとし、事項を選択する場合にのみ「標準字体」で記入してください。(ただし⑤及び⑥欄並びに⑦及び⑧欄の元号については該元号を記入枠に記入してください。)

二十、記載すべき事項のない欄は空白のままとし、事項を選択する場合にのみ「標準字体」で記入してください。(ただし⑤及び⑥欄並びに⑦及び⑧欄の元号については該元号を記入枠に記入してください。)

二十一、記載すべき事項のない欄は空白のままとし、事項を選択する場合にのみ「標準字体」で記入してください。(ただし⑤及び⑥欄並びに⑦及び⑧欄の元号については該元号を記入枠に記入してください。)

二十二、記載すべき事項のない欄は空白のままとし、事項を選択する場合にのみ「標準字体」で記入してください。(ただし⑤及び⑥欄並びに⑦及び⑧欄の元号については該元号を記入枠に記入してください。)

二十三、記載すべき事項のない欄は空白のままとし、事項を選択する場合にのみ「標準字体」で記入してください。(ただし⑤及び⑥欄並びに⑦及び⑧欄の元号については該元号を記入枠に記入してください。)

二十四、記載すべき事項のない欄は空白のままとし、事項を選択する場合にのみ「標準字体」で記入してください。(ただし⑤及び⑥欄並びに⑦及び⑧欄の元号については該元号を記入枠に記入してください。)

二十五、記載すべき事項のない欄は空白のままとし、事項を選択する場合にのみ「標準字体」で記入してください。(ただし⑤及び⑥欄並びに⑦及び⑧欄の元号については該元号を記入枠に記入してください。)

二十六、記載すべき事項のない欄は空白のままとし、事項を選択する場合にのみ「標準字体」で記入してください。(ただし⑤及び⑥欄並びに⑦及び⑧欄の元号については該元号を記入枠に記入してください。)

二十七、記載すべき事項のない欄は空白のままとし、事項を選択する場合にのみ「標準字体」で記入してください。(ただし⑤及び⑥欄並びに⑦及び⑧欄の元号については該元号を記入枠に記入してください。)

二十八、記載すべき事項のない欄は空白のままとし、事項を選択する場合にのみ「標準字体」で記入してください。(ただし⑤及び⑥欄並びに⑦及び⑧欄の元号については該元号を記入枠に記入してください。)

二十九、記載すべき事項のない欄は空白のままとし、事項を選択する場合にのみ「標準字体」で記入してください。(ただし⑤及び⑥欄並びに⑦及び⑧欄の元号については該元号を記入枠に記入してください。)

三十、記載すべき事項のない欄は空白のままとし、事項を選択する場合にのみ「標準字体」で記入してください。(ただし⑤及び⑥欄並びに⑦及び⑧欄の元号については該元号を記入枠に記入してください。)

三十一、記載すべき事項のない欄は空白のままとし、事項を選択する場合にのみ「標準字体」で記入してください。(ただし⑤及び⑥欄並びに⑦及び⑧欄の元号については該元号を記入枠に記入してください。)

三十二、記載すべき事項のない欄は空白のままとし、事項を選択する場合にのみ「標準字体」で記入してください。(ただし⑤及び⑥欄並びに⑦及び⑧欄の元号については該元号を記入枠に記入してください。)

三十三、記載すべき事項のない欄は空白のままとし、事項を選択する場合にのみ「標準字体」で記入してください。(ただし⑤及び⑥欄並びに⑦及び⑧欄の元号については該元号を記入枠に記入してください。)

三十四、記載すべき事項のない欄は空白のままとし、事項を選択する場合にのみ「標準字体」で記入してください。(ただし⑤及び⑥欄並びに⑦及び⑧欄の元号については該元号を記入枠に記入してください。)

三十五、記載すべき事項のない欄は空白のままとし、事項を選択する場合にのみ「標準字体」で記入してください。(ただし⑤及び⑥欄並びに⑦及び⑧欄の元号については該元号を記入枠に記入してください。)

三十六、記載すべき事項のない欄は空白のままとし、事項を選択する場合にのみ「標準字体」で記入してください。(ただし⑤及び⑥欄並びに⑦及び⑧欄の元号については該元号を記入枠に記入してください。)

三十七、記載すべき事項のない欄は空白のままとし、事項を選択する場合にのみ「標準字体」で記入してください。(ただし⑤及び⑥欄並びに⑦及び⑧欄の元号については該元号を記入枠に記入してください。)

三十八、記載すべき事項のない欄は空白のままとし、事項を選択する場合にのみ「標準字体」で記入してください。(ただし⑤及び⑥欄並びに⑦及び⑧欄の元号については該元号を記入枠に記入してください。)

三十九、記載すべき事項のない欄は空白のままとし、事項を選択する場合にのみ「標準字体」で記入してください。(ただし⑤及び⑥欄並びに⑦及び⑧欄の元号については該元号を記入枠に記入してください。)

四十、記載すべき事項のない欄は空白のままとし、事項を選択する場合にのみ「標準字体」で記入してください。(ただし⑤及び⑥欄並びに⑦及び⑧欄の元号については該元号を記入枠に記入してください。)

四十一、記載すべき事項のない欄は空白のままとし、事項を選択する場合にのみ「標準字体」で記入してください。(ただし⑤及び⑥欄並びに⑦及び⑧欄の元号については該元号を記入枠に記入してください。)

四十二、記載すべき事項のない欄は空白のままとし、事項を選択する場合にのみ「標準字体」で記入してください。(ただし⑤及び⑥欄並びに⑦及び⑧欄の元号については該元号を記入枠に記入してください。)

四十三、記載すべき事項のない欄は空白のままとし、事項を選択する場合にのみ「標準字体」で記入してください。(ただし⑤及び⑥欄並びに⑦及び⑧欄の元号については該元号を記入枠に記入してください。)

四十四、記載すべき事項のない欄は空白のままとし、事項を選択する場合にのみ「標準字体」で記入してください。(ただし⑤及び⑥欄並びに⑦及び⑧欄の元号については該元号を記入枠に記入してください。)

四十五、記載すべき事項のない欄は空白のままとし、事項を選択する場合にのみ「標準字体」で記入してください。(ただし⑤及び⑥欄並びに⑦及び⑧欄の元号については該元号を記入枠に記入してください。)

四十六、記載すべき事項のない欄は空白のままとし、事項を選択する場合にのみ「標準字体」で記入してください。(ただし⑤及び⑥欄並びに⑦及び⑧欄の元号については該元号を記入枠に記入してください。)

四十七、記載すべき事項のない欄は空白のままとし、事項を選択する場合にのみ「標準字体」で記入してください。(ただし⑤及び⑥欄並びに⑦及び⑧欄の元号については該元号を記入枠に記入してください。)

四十八、記載すべき事項のない欄は空白のままとし、事項を選択する場合にのみ「標準字体」で記入してください。(ただし⑤及び⑥欄並びに⑦及び⑧欄の元号については該元号を記入枠に記入してください。)

四十九、記載すべき事項のない欄は空白のままとし、事項を選択する場合にのみ「標準字体」で記入してください。(ただし⑤及び⑥欄並びに⑦及び⑧欄の元号については該元号を記入枠に記入してください。)

五十、記載すべき事項のない欄は空白のままとし、事項を選択する場合にのみ「標準字体」で記入してください。(ただし⑤及び⑥欄並びに⑦及び⑧欄の元号については該元号を記入枠に記入してください。)

印の欄は記入しないでください。(職員が記入します。)

裏面の注意事項を読んでから記入してください。

折り曲げる場合は( )の所を各1折りを( )の折り目としてください。

|                                       |  |  |
|---------------------------------------|--|--|
| (二) 災害時の通勤の種別<br>(該当する記号を記入)          | イ. 住居から就業の場所への移動<br>ハ. 就業の場所から他の就業の場所への移動<br>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<br>ホ. ロに後続する住居間の移動                |
| 労働者の<br>(ホ) 所属事業場の<br>名称・所在地          | (へ) 住所<br>現認者の<br>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) どのような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) 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                            | 就業の場所  |  |
| (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   |  |
| (ワ) (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  |  |
| (ヰ) (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) (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  |  |
| (キ) (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  |  |
| (ク) 第三者行為災害                           | 該当する・該当しない   |  |
| (ケ) 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)  |  |
| (コ) 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<br>診療所の | 名称  |    |
|              | 所在地 |    |
| 担当医<br>氏名    | 1.  | 3. |
|              | 2.  | 4. |

| 医師番号 | 処方月日  | 調剤月日 | 処 方              |          | 調剤<br>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。
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、(へ)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(へ)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。

②その他就業先の有無

|   |                              |       |
|---|------------------------------|-------|
| 有   | 有の場合のその数<br>(ただし表面の事業場を含まない) | 社     |
| 無   |                              |       |
| 有の場合で<br>いずれかの<br>事業で特別<br>加入している<br>場合の特別<br>加入状況<br>(ただし表面の事業を<br>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<br>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)、(ワ)、(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  |         |

(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)

|                    |                      |     |         |
|--------------------|----------------------|-----|---------|
| 社会保険<br>労務士<br>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（三）を次のように改める。



様式第16号の5 (3) (表面) 労働者災害補償保険

通勤災害用

第 回

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 |   |   |   |



|        |        |          |         |         |                  |                                 |         |
|--------|--------|----------|---------|---------|------------------|---------------------------------|---------|
| ※ 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  |        | 3        |         |         | 1<br>3<br>5      | 1<br>3<br>7                     |         |
|        |        | 1業<br>3通 |         |         | 自<br>3<br>5<br>他 | 委<br>3<br>7<br>任<br>未<br>支<br>給 |         |

(注意) ニイ、記帳の部分は、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」にならなくて、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。  
 一、記載すべき事項のない欄は記入せず、空欄のままとし、事項を選択する場合は戸籍簿事項を以て用いてください。(ただし⑤及び⑥欄並びに⑥及び⑦欄の元号については該元号を記入欄に記入してください。)  
 二、表示された枠(以下、記帳といふ)に記入する文字は、光学的文字認識装置(OCR)で直接取りこむので汚したり、穴をあけたり、必要以下強く折り曲げたり、のびたり縮んだりしないでください。  
 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」にならなくて、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。  
 四、記載すべき事項のない欄は記入せず、空欄のままとし、事項を選択する場合は戸籍簿事項を以て用いてください。(ただし⑤及び⑥欄並びに⑥及び⑦欄の元号については該元号を記入欄に記入してください。)  
 五、表示された枠(以下、記帳といふ)に記入する文字は、光学的文字認識装置(OCR)で直接取りこむので汚したり、穴をあけたり、必要以下強く折り曲げたり、のびたり縮んだりしないでください。

|   |                         |                    |                       |  |       |       |          |       |     |
|---|-------------------------|--------------------|-----------------------|--|-------|-------|----------|-------|-----|
| ③ 労働保険番号  | 府 県                     | 所 掌                | 管 轄                   | 基 幹                                    | 番 号   | 枝 番 号 | ④ 管轄局 種類 | 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                |  |       |       |          |       |     |
| (男) <input type="checkbox"/> (女) <input type="checkbox"/>                               | 元 年 月 日                 | 元 年 月 日            | ※ 金融機関コード             |  |       |       |          |       |     |
|   | 1~9年は右→                 | 1~9月は右→            | 金融機関                  |  |       |       |          |       |     |
|   |                         |                    | 店 舗                   |  |       |       |          |       |     |
|   |                         |                    | ※ 郵便局コード              |  |       |       |          |       |     |
| ⑨ 労働者の氏名  | 住所                      | ⑮ 郵便番号             | 職 種                   |  |       |       |          |       |     |
|   |                         |                    |                       |  |       |       |          |       |     |
| ⑩ 振替口座  | ⑯ 振替口座                  | ⑰ 口座番号             | ⑱ 口座名義人               |  |       |       |          |       |     |
| 新規・変更   | 銀行・金融機関                 | 1 普通<br>3 当座       | ⑲ (つづき) メイギニン (カタカナ)  |  |       |       |          |       |     |
|   | 本店・本所<br>出張所<br>支店・支所   |                    |                       |  |       |       |          |       |     |
| ⑨の者については、⑦並びに裏面の(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)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  |                         |                    |                       |  |       |       |          |       |     |
| (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) 1 事業主は裏面の(チ)、(リ)及び(ヌ)については、知り得なかった場合には証明する必要がないので、知り得なかった事項の符号を消してください。            |                         |                    |                       |  |       |       |          |       |     |
| 2 派遣労働者について、療養給付のみの請求がなされる場合には、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。          |                         |                    |                       |  |       |       |          |       |     |
| ⑨の者については、(イ)から(ハ)まで及び⑳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                |                       |  |       |       |          |       |     |
| 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  |                         |                    |                       |  |       |       |          |       |     |
|   | 年 月 日                   | 治癒(症状固定)・継続中・転医・中止 |                       |  |       |       |          |       |     |
| ⑳ 指定・指名番号   | ㉑ 療養に要した費用の額(内訳裏面のとおりに) |                    |                       |  |       |       |          |       |     |
| 府 県   | 種 別                     | 一 連 番 号            | 千 万 百 万 十 万 万 千 百 十 円 |  |       |       |          |       |     |
|   |                         |                    |                       |  |       |       |          |       |     |
| ㉒ 療養期間の初日   | ㉓ 療養期間の末日               | ㉔ 施術実日数            |                       | ㉕ 転帰事由                                 |       |       |          |       |     |
| 元 年 月 日   | 元 年 月 日                 |                    |                       | 1 治癒<br>(症状固定)<br>3 継続<br>5 転医<br>7 中止 |       |       |          |       |     |
| 1~9年は右→   | 1~9月は右→                 | 1~9日は右→            |                       |  |       |       |          |       |     |

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。折り曲げる場合は( )の所を各1折りを5mm以内の折りこいでください。

上記により療養給付たる療養の費用の支給を請求します。

〒 - 電話( ) -

年 月 日

住所 ( 方)

請求人の 氏名

労働基準監督署長 殿

|  |  |  |
|--|--|--|
| (二) 災害時の通勤の種別<br>(該当する記号を記入)                           | イ. 住居から就業の場所への移動<br>ハ. 就業の場所から他の就業の場所への移動<br>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<br>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<br>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)どのようにして災害が発生したか(お)㉔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 |
| (ス) 災害発生場所   |  |  |
| (ル) 就業の場所<br>(災害時の通勤の種別がイ、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<br>(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<br>(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<br>(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<br>(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イ、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 | 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<br>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 |
| 温電法       |                   | イ         | 回            | ロ           | 回            | ハ     | 回 | ニ | 回 |
| そ の 他     |                   |           |              |             |              |       |   |   |   |
| 合 計       |                   |           |              |             |              |       | 千 | 円 |   |

(注 意)

- 共通の注意事項
  - 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。
  - 事項を選択する場合には、該当する事項を○で囲むこと。
  - (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。
  - (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
  - ④は、記載する必要がないこと。
  - 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
  - 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。
  - 事業主の証明は受ける必要がないこと。

|   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| ⑤その他就業先の有無                                    |                                       |
| 有   | 有の場合のその数<br>(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<br>加入年月日<br>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( ) —  |
|           | 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)  |

委任状

私は、柔道整復師 \_\_\_\_\_ を代理人と定め、私が請求する表記載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

|            |                      |     |                  |
|------------|----------------------|-----|------------------|
| 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<br>( ) — |
|------------|----------------------|-----|------------------|

様式第十六号の五（四）を次のように改める。



|    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |     |
|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-----|
| 標準 | 字 | 体 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 〃 | 。 - |
| 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 | 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  |        | 3        |         |         | 1<br>3<br>5 | 1<br>3<br>7 |         |
|        |        | 1業<br>3通 |         |         | 1<br>3<br>5 | 1<br>3<br>7 |         |

(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」にならなくて、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。  
 一、二、三、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戸籍謄本事項を、用紙を複数枚使用する場合は、(イ)から(ハ)までの欄を、必要に応じて複数枚折り曲げたり、のりつけたりしないでください。  
 一、二、三、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戸籍謄本事項を、用紙を複数枚使用する場合は、(イ)から(ハ)までの欄を、必要に応じて複数枚折り曲げたり、のりつけたりしないでください。

印の欄は記入しないでください。(職員が記入します。)  
 裏面の注意事項を読んでから記入してください。折り曲げる場合は( )の所を各1折りきざらに2つ折りしてください。

|            |            |             |        |          |     |       |                       |
|------------|------------|-------------|--------|----------|-----|-------|-----------------------|
| 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 | ⑭ 金融機関 | ⑮ 郵便局コード |     |       |                       |
| 1 男<br>3 女 | 元 年 月 日    | 元 年 月 日     |        |          |     |       |                       |

⑨ 労働者の氏名 (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。

住所 ⑯ 郵便番号

氏名 ( 歳 ) 職種

新規・変更

振込の希望金融機関名

⑰ 預金の種類

⑱ 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、空欄は「0」を記入)

メイギン (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。

(つづき) メイギン (カタカナ)

⑨の者については、⑦並びに裏面の(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)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 (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)

あんまりマッサージ指圧師の証明

⑨の者については、(イ)から(ハ)まで及び⑫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 住所 氏名

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

年月日 治癒(症状固定)・継続中・転医・中止

⑲ 指定・指名番号

⑳ 療養に要した費用の額 (内訳裏面のとおり)

㉑ 療養期間の初日

㉒ 療養期間の末日

㉓ 施術実日数

㉔ 転帰事由

※ 上記により療養給付たる療養の費用の支給を請求します。

年月日 住所 ( 方 ) 電話 ( ) -

請求人の氏名

労働基準監督署長 殿

|  |   |
|--|---|
| (ニ) 災害時の通勤の種類<br>(該当する記号を記入)                           | イ. 住居から就業の場所への移動<br>ロ. 就業の場所から住居への移動<br>ハ. 就業の場所から他の就業の場所への移動<br>ニ. イに先行する住居間の移動<br>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<br>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 (フ) 災害時の通勤の種類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際に在住又は就業の場所から災害発生場所に至った経路、方法、時間その他の状況             |
| (ヌ) 災害発生の場所  |   |
| (ル) 就業の場所<br>(災害時の通勤の種類がイ、ニ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<br>(災害時の通勤の種類がイ、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   |
| (ロ) 住居を離れた年月日及び時刻<br>(災害時の通勤の種類がイ、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<br>(災害時の通勤の種類がイ、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   |
| (コ) 就業の場所を離れた年月日及び時刻<br>(災害時の通勤の種類がイ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   |
| (ク) 第三者行為災害  | 該当する・該当しない  |
| (ケ) 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)   |
| (ク) 転任の事実の有無(災害時の通勤の種類がニ又はホに該当する場合)                    | 有・無 (ソ) 転任直前の住居に係る住所  |

療養の内訳及び金額

(注)

| 種 別   |                            | 金 額           |                 |  |
|---|----------------------------|---------------|-----------------|--|
| 初 検 料   | 加 算 料 金                    | 千 円           | 円               |  |
| 初 検 料   | 初 検 年 月 日 時 頃<br>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       |  |
|   | km                         | 回             | 円               |  |
| 施 術   | 施 術 名                      | 回 数           | 1 回 の 料 金       |  |
|   | は り き ゅ う                  | 回             | 円               |  |
|   | 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 |                            |               |                 |  |

- (一) 共通の注意事項  
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。  
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、医師の診断書添えること。  
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添えること。  
事項を選択する場合には、該当する事項を○で囲むこと。  
(ホ)は、労働者の直接所属する事業場が、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。  
(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  
④は、記載する必要がないこと。  
第二回以後の請求の場合には、(ハ)から(ロ)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。  
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(ハ)から(タ)まで、(ソ)及び(ツ)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。

|                     |  |
|---------------------|--|
| ⑥ 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                   | 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 |  |
| 社 名                 |  |
| 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)   |

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

|              |                      |     |           |
|--------------|----------------------|-----|-----------|
| 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（五）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 |   |

訪看

|        |        |          |         |         |             |         |         |
|--------|--------|----------|---------|---------|-------------|---------|---------|
| ※ 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 |
| 34265  |        | 3        |         |         | 1<br>3<br>5 |         |         |
|        |        | 1業<br>3通 |         |         |             |         |         |

(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。  
 一、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、光学式文字読取装置(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。  
 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は○で囲んでください。(ただし、⑤及び⑥欄並びに⑧及び⑦欄の元号については該番号を記枠に記入してください。)  
 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。

|  |                           |                 |
|--|---------------------------|-----------------|
| 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<br>3女   |                           |                 |
| ⑧ シメイ(カタカナ) : 姓と名の間は1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。 | ⑭ 金融機関コード                 |                 |
|  | ⑮ 郵便局コード                  |                 |
| ⑨ 労働者の氏名   | ( 歳 )                     | 職 種             |
| の住所  | ⑯ 郵便番号                    |                 |

|  |            |   |
|--|------------|---|
| 新規・変更  | ⑯ 預金の種類    | ⑰ 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、空欄は「0」を記入。) |
| 振替<br>振込<br>希望<br>金融機<br>名義<br>口座<br>名義<br>人 | 1普通<br>3当座 |   |
|  | ⑱          |   |
|  | ⑲          |   |

⑨の者については、⑦並びに裏面の(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)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

(注意) 1 事業主は、裏面の(チ)、(リ)及び(ヌ)については、知り得なかった場合には証明する必要がないので、知り得なかった事項の符号を消してください。  
 2 派遣労働者について、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。

|            |   |                                  |
|------------|---|----------------------------------|
| 医師証明欄      | (イ) 傷病名   | ⑨の者については、(イ)に記載したとおりであることを証明します。 |
|            | 年月日   | 所在地 電話( ) -                      |
|            | 診療所   | 診療所名 電話( ) -                     |
|            |   | 診療担当者氏名                          |
| 訪問看護事業者の証明 | ⑨の者については、(ロ)及び⑳に記載したとおりであること及び(ロ)に記載した事項は、医師の指示に基づくものであることを証明します。 |                                  |
|            | 年月日   | 所在地 電話( ) -                      |
|            | 訪問看護事業者   | 訪問看護担当者                          |
|            | 療養の内容   | (ロ)期間 年月日から 年月日まで 日間 訪問看護の日数 日   |
|            | ⑳ 療養に要した費用の額 (内訳裏面のとおり。)  | (ハ) 療養の給付を受けなかった理由               |

※ ⑳ 訪問開始年月日 ㉑ 訪問終了年月日 ㉒ 実日数

元号 年 月 日 から 元号 年 月 日 まで 日

1~9日は右へ 1~9日は右へ 1~9日は右へ 1~9日は右へ 1~9日は右へ 1~9日は右へ

上記により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

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。

|  |  |  |                  |
|--|--|--|------------------|
| (二) 災害時の通勤の種別<br>(該当する記号を記入)   | イ. 住居から就業の場所への移動<br>ハ. 就業の場所から他の就業の場所への移動<br>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<br>ホ. ロに後続する住居間の移動  |                  |
| (ホ) 労働者の<br>所属事業場の<br>名称・所在地   | (ヘ) 住所<br>現 認 者 の<br>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ある場所に至った経路、方法、時間その他の状況 |                  |
| (ヌ) 災害発生場所   |  | (通常移動の所要時間 時間 分)   |                  |
| (ル) 就業の場所<br>(災害時の通勤の種別がイ、ニ又はホ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<br>(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<br>(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<br>(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  |  |                  |
| (コ) 就業の場所を離れた年月日及び時刻<br>(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  |  |                  |
| (ク) 第三者行為災害  | 該当する・該当しない   |  |                  |
| (ケ) 健康保険日雇特例被保険者手帳の記号及び番号  |  |  |                  |
| (ク) 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

|                 |             |                           |                      |
|-----------------|-------------|---------------------------|----------------------|
| 傷病の経過           |             |                           |                      |
| 基本療養費           | 看護師等        | 円× 日                      | 円                    |
|                 | 准看護師        | 円× 日                      | 円                    |
| 精神科基本療養費        | 看護師等        | 円× 日                      | 円                    |
|                 | 准看護師        | 円× 日                      | 円                    |
| 管理療養費           | 初 日         | 円                         | 円                    |
|                 | 2 日目以降      | 円                         | 円                    |
| 情報提供療養費         |             | 円                         | 円                    |
| ターミナルケア療養費      | 死亡年月日 年 月 日 | 円                         | 円                    |
| 合計              |             | 円                         | 円                    |
| 指示期間 (特別指示期間)   |             | 年 月 日～年 月 日 / 年 月 日～年 月 日 | 年 月 日                |
| 訪問日             |             | 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                  |                      |
| 主治医への直近報告年月日    |             |                           | 年 月 日                |
| 提供した情報の概要       |             |                           |                      |
| 情報提供先の市(区)町村の名称 |             |                           |                      |

(注意)

- 共通の注意事項
  - 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。
  - (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。
  - (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
  - ④は、記載する必要がないこと。
  - 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
  - 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。
  - 事業主の証明は受ける必要がないこと。
- 「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。

|  |                             |
|--|-----------------------------|
| ⑧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 |
| 無  | 労働保険事務組合又は特別加入団体の名称         |
| 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) | 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)(通常移動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( ) —  |
|           | 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)   |

|                    |                      |     |         |
|--------------------|----------------------|-----|---------|
| 社会保険<br>労務士<br>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 |
|                    |                      |     | ( ) —   |

様式第十六号の六（表面）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 |   |   |   |   |

※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 元号 年 月 日 3 1業 3通 1自 3労 5他 1日

⑭平均賃金 ⑮特別給与の額 ⑯日数査定 ⑰特支コード ⑱委任未支給 ⑲特別コード

※ 10万 万 千 百 十 円 十 銭 千 万 百 万 千 万 千 百 十 円 1療 2賃 3待 4他 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には該当事項を○で囲んでください。(ただし、⑤及び⑯欄並びに⑥⑦及び⑱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。)  
 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、光文字式文字読取装置(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。

※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。  
 ▲の所を谷に折りさらに2つ折りにしてください。

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

府県 所管 管轄 基幹番号 枝番号 1男 3女 1明 3大 5昭 7平 9令 1治 3正 5昭 7平 9令 1治 3正 5昭 7平 9令

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労働者名 ( 歳)

⑰郵便番号 ⑱療養のため労働できなかった期間

⑲療養のため労働できなかった期間 元号 年 月 日 から 元号 年 月 日 まで 日間のうち 日

⑳預金の種類 ㉑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

振込の金融機関名 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。

②⑥(つづき)メイギニン(カタカナ)

②④金融機関コード ②⑦郵便局コード

⑫の者については、⑦、⑱、⑲、⑳、㉑から㉒まで、㉓、㉔、㉕、㉖、㉗、㉘、㉙、㉚、㉛(通常の通勤の経路及び方法に限る。)、㉜、㉝、㉞(㉞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 (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. ㉞の(イ)及び(ロ)については、㉞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

⑲療養の期間 年 月 日から 年 月 日まで 日間 診療実日数 日

傷病の経過 ⑳療養の現況 年 月 日 治療(症状固定)・死亡・転医・中止・継続中

㉑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

⑫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( ) -

所在地 病院又は診療所の名称 診療担当者氏名

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します。

年月日 〒 - 電話( ) -

住所 ( 方)

請求人の氏名

労働基準監督署長 殿

様式第十六号の六（裏面）を次のように改める。



[注 意]

一、所定労働時間後に負傷した場合には、⑲及び⑳欄については、当該負傷した日を除いて記載してください。  
 二、別紙1①欄には、平均賃金の算定基礎期間中に業務外の傷病の療養等のために休業した期間があり、その期間及びその期間中に受けた賃金の額を算定基礎から控除して算定した平均賃金に相当する額が平均賃金の額を超える場合に記載し、控除する期間及び賃金の内訳を別紙1②欄に記載してください。この場合は、⑳欄に、この算定方法による平均賃金に相当する額を記載してください。  
 三、別紙2は、㉑欄の「賃金を受けなかった日」のうち通勤による負傷又は疾病による療養のため所定労働時間のうちその一部分についてのみ労働した日(別紙2において「一部休業日」という。)が含まれる場合に限り添付してください。

四、請求人(申請人)が特別加入者であるときは、⑳欄には、その者の給付基礎日額を記載してください。  
 (一)⑰、⑱、㉑及び㉒から㉔欄までの事項を証明することができる書類その他の資料を添付してください。  
 (二)事業主の証明は受ける必要はありません。  
 (三)別紙3は、㉕欄の「その他就業先の有無」で「有」に○を付けた場合に、その他就業先ごとに記載してください。その際、その他就業先ごとに注意二、及び三の規定に従って記載した別紙1及び別紙2を添付してください。  
 六、第二回目以降の請求(申請)の場合には、  
 (一)⑰、⑱、㉑及び㉒欄については、前回の請求又は申請後の分について記載してください。  
 (二)㉓欄から㉔欄まで、㉕欄及び㉖欄は記載する必要はありません。

(三)別紙1(平均賃金算定内訳)は付する必要はありません。  
 (四)その請求(申請)が離職後である場合(療養のために労働できなかった期間の全部又は一部が離職前にある場合を除く。)には、事業主の証明は受ける必要はありません。  
 七、㉗は、請求人(申請人)が健康保険の日雇特別被保険者でない場合には記載する必要はありません。  
 八、休業特別支給金の支給の申請のみを行う場合には、㉘欄は記載する必要はありません。

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| ⑳ 労働者の職種  | ㉑ 負傷又は発病の年月日及び時刻   | ㉒ 平均賃金(算定内訳別紙1のとおり)                           |  |
|   | 年月日 午前 午後 時 分頃   | 円 銭   |  |
| ㉓ 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<br>ハ. 就業の場所から他の就業の場所への移動<br>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<br>ホ. ロに後続する住居間の移動           |  |
| ㉔ 災害発生の場所   |  |   |  |
| ㉕ 就業の場所<br>(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)   |  |   |  |
| ㉖ 就業開始の予定年月日及び時刻<br>(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 分頃   |   |  |
| ㉗ 住居を離れた年月日及び時刻<br>(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 分頃   |   |  |
| ㉘ 就業終了の年月日及び時刻<br>(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 分頃   |   |  |
| ㉙ 就業場所を離れた年月日及び時刻<br>(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 分頃   |   |  |
| ㉚ 災害時に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、所要時間その他状況   | [通常の通勤所要時間 時間 分]   |   |  |
| ㉛ 災害の原因及び発生状況<br>(あ)どのような場所を<br>(い)どのような方法で移動している際に<br>(う)どのような物で又はどのような状況において<br>(え)どのようにして災害が発生したか<br>(お)㉗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 |  |   |  |
| ㉜ 現認者の住所  | 電話( ) —  |   |  |
| ㉜ 氏名  |  |   |  |
| ㉝ 第三者行為災害   | 該当する・該当しない   |   |  |
| ㉞ 健康保険日雇特例被保険者手帳の記号及び番号   |  |   |  |
| ㉟ 転任の事実の有無<br>(災害時に通勤の種別がニ又はホに該当する場合)   | 有・無  | ㉠ 転任直前の住居に係る住所                                |  |
| ㊱ 休業給付額・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)   |   |  |
| ㊲ 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                               |  |
|   | (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<br>国民年金法の<br>船員保険法の<br>障害年金<br>障害厚生年金<br>障害基礎年金<br>障害年金 |
|   |  | 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  |
|   |  | 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                                      |  |
| ㊳ 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   |  |

|                    |                      |     |         |
|--------------------|----------------------|-----|---------|
| 社会保険<br>労務士<br>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 |
|                    |                      |     | ( ) —   |

様式第十六号の六（別紙三）を次のように改める。



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)

Table with 5 columns: 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

Table for worker details: (フリガナ氏名), (漢字氏名), 性別 (男/女), 生年月日 (昭和・平成・令和) 年 月 日

Table for address: 〒, (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)

Table for average wage: 円, 銭

④ 雇入期間

Table for employment period: (昭和・平成・令和) 年 月 日 から 年 月 日 まで

⑤ 療養のため労働できなかった期間

Table for medical leave: 令和 年 月 日 から 年 月 日 まで, ⑥ 賃金を受けなかった日数(内訳は別紙2のとおり) 日間のうち 日

⑦ 厚生年金保険等の受給関係

Table for pension information: (イ)基礎年金番号, (ロ)被保険者資格の取得年月日, (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, 障害等級, 支給されることとなった年月日, 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⑦まで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

事業主の氏名

労働基準監督署長 殿

Table for social insurance agent: 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

様式第十六号の七（表面）を次のように改める。



通勤災害用

障害給付支給請求書
障害特別支給年金支給申請書

① 労働保険番号
② 年金証書の番号
③ 氏名 (男・女)
④ 負傷又は発病年月日
⑤ 傷病の治癒した年月日
⑥ 平均賃金
⑦ 特別給与の総額(年額)

⑧ 通勤災害に関する事項
⑨ 厚生年金保険等の受給関係
⑩ 被保険者資格の取得年月日
年金の種類
障害等級
支給される年金の額
支給されることとなった年月日
厚生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、⑥及び⑦並びに⑨の④及び⑤並びに別紙の①、②、③、④、⑤、⑥、⑦、⑧(通常の通勤の経路及び方法に限る。)及び⑨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
(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①、②及び③について知り得なかった場合には証明する必要がないので、知り得なかった事項の符号を消すこと。また、⑨の④及び⑤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 添付する書類その他の資料
⑬ 年金の払渡しを希望する金融機関又は郵便局
※金融機関店舗コード
銀行・金庫
農協・漁協・信組
※郵便局コード
フリガナ
名称
所在地
都道府県
市郡区
預金通帳の記号番号

障害給付の支給を請求します。
上記により 障害特別支給金
障害特別年金の支給を申請します。
障害特別一時金
請求人申請人の住所
氏名
□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
本店・本所
出振所
支店・支所
農協・漁協・信組
普通・当座
第 号
口座名義人

様式第十六号の七（裏面）を次のように改める。



様式第16号の7 (裏面)

| ⑭その他就業先の有無    |                            |   |
|---------------|----------------------------|---|
| 有             | 有の場合の数<br>(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<br>(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                               |
| 社             |                            |   |
| 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 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 「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。
- 10 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。
- 11 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<br>労務士<br>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     |
|                    |                      |    | ( )<br>— |

様式第十六号の八（表面）を次のように改める。



労働者災害補償保険

遺族年金支給請求書  
遺族特別支給年金支給申請書  
遺族特別年金支給申請書

通勤災害用

|                                |  |  |  |  |  |                      |                      |
|--------------------------------|--|--|--|--|--|----------------------|----------------------|
| ① 労働保険番号<br>府県 所掌 管轄 基幹番号 枝番号  |  |  |  |  |  | フリガナ                 | ④ 負傷又は発病年月日<br>年 月 日 |
| ② 年金証書の番号<br>管轄局 種別 西暦年 番号 枝番号 |  |  |  |  |  | ③ 死亡労働者の<br>氏名 (男・女) | 午前 午後 時 分頃           |
|                                |  |  |  |  |  |                      | ⑤ 死亡年月日<br>年 月 日     |
|                                |  |  |  |  |  | 生年月日                 | 年 月 日(歳)             |
|                                |  |  |  |  |  | 職 種                  | ⑥ 平均賃金<br>円 銭        |
|                                |  |  |  |  |  | 所属事業場<br>名称・所在地      | ⑦ 特別給与の総額(年額)<br>円   |

⑧ 通勤災害に関する事項 別紙のとおり

⑨ 厚生年金受給関係

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

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<br>イ 遺族年金<br>ロ 遺族厚生年金 | 国民年金法の<br>イ 母子年金<br>ロ 準母子年金<br>ハ 遺児年金<br>ニ 寡婦年金<br>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<br>(複数のコードがある場合は下段に記載すること。) |
| 円                              | 年 月 日   | 所轄年金事務所等  |

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(通常通勤の経路及び方法に限る。)及び⑩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 千

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)

[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 請求申請人         | フリガナ | 生年月日 | 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 |
|                 | 氏名   | ・    | 住 所  |           | ある・ない |                            |
|                 |      | ・    |      |           | ある・ない |                            |
|                 |      | ・    |      |           | ある・ない |                            |
| ⑪ 請求人(申請人)以外の遺族 | フリガナ | 生年月日 | 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       |
|                 | 氏名   | ・    | 住 所  |           | 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   | 名 称    | ※金融機関店舗コード | 銀行・金庫    | 本店・本所<br>出張所 |
|                              |        | 預金通帳番号 | 普通・当座      | 農協・漁協・信組 | 支店・支所        |
|                              | 郵便局    | フリガナ   | ※郵便局コード    |          |              |
|                              |        | 所在地    | 都道府県       | 市郡区      |              |
|                              | 預金通帳番号 |        | 第 号        |          |              |

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

請求人(申請人)の住所 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<br>農協・漁協・信組       | 本店・本所<br>出張所<br>支店・支所<br>普通・当座 第 号<br>口座名義人 |

様式第十六号の八（裏面）を次のように改める。



| ⑩その他就業先の有無   |                            |   |
|--------------|----------------------------|---|
| 有            | 有の場合の数<br>(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<br>(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                          | 加入年月日   |
|              |                            | 年 月 日   |
| 労働保険番号（特別加入） |                            | 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. 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. 死亡労働者が傷病年金を受けていた場合には、
  - (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、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. 死亡労働者が特別加入者であった場合には、
  - (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) 別紙の㉠から㉢まで並びに㉣及び㉤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. 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。
9. 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。
  - (1) 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
  - (2) 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)
  - (3) 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
  - (4) 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
  - (5) 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
  - (6) 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
10. ⑬については、次により記載すること。
  - (1) 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。
  - (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、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。
11. 「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。
12. 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。
13. ⑩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<br>労務士<br>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  |
|                    |                      |     | ( )<br>— |

様式第十六号の九（表面）を次のように改める。



通勤災害用

遺族一時金支給請求書  
遺族特別支給金支給申請書

|   |      |     |       |     |                   |                           |             |  |
|---|------|-----|-------|-----|-------------------|---------------------------|-------------|--|
| 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 氏名 (男・女)        |                           | 年 月 日       |  |
|   |      |     |       |     | 死亡年月日             |                           | 年 月 日 ( 歳)  |  |
| ② 年金証書の番号   |      |     |       |     | 職 種               |                           | ⑤ 平均賃金      |  |
| 管轄局   | 種別   | 西暦年 | 番号    | 枝番号 | 死亡労働者の所属事業場の名称所在地 |                           | 円 銭         |  |
|   |      |     |       |     | ⑥ 特別給与の総額(年額)     |                           | 円           |  |
| ⑧ 通勤災害に関する事項  |      |     |       |     | 別紙のとおり            |                           | ⑦ 死亡年月日     |  |
|   |      |     |       |     |                   |                           | 年 月 日       |  |
| ③の者については、④、⑤及び⑥並びに別紙の㉑、㉒、㉓、㉔、㉕、㉖、㉗、㉘ (通常の通勤の経路及び方法に限る。) 及び㉙に記載したとおりであることを証明します。<br>電話 ( ) - _____<br>事業の名称 _____<br>〒 - _____<br>年 月 日 事業場の所在地 _____<br>事業主の氏名 _____<br>(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)<br>[注意] 事業主は、別紙の㉑、㉒及び㉘について知り得なかった場合には証明する必要がないので知り得なかった事項の符号を消すこと。 |      |     |       |     |                   |                           |             |  |
| ⑨<br>請求<br>人  | フリガナ | 氏 名 | 生年月日  | 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   |      |     |       |     |                   |                           |             |  |

遺族一時金の支給を請求します。  
 上記により 遺族特別支給金  
 遺族特別年金 の支給を申請します。  
 年 月 日  
 労働基準監督署長 殿

〒 - \_\_\_\_\_ 電話 ( ) - \_\_\_\_\_ 方  
 請求人 申請人の 住所 \_\_\_\_\_  
 (代表者) 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          | 本店・本所<br>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<br>無       | 有の場合のその数<br>(ただし表面の事業場を含まない)<br>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<br>(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<br>年 月 日                                    |
|              |                                   | 給付基礎日額<br>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 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<br>労務士<br>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（表面）を次のように改める。



通勤災害用

労働者災害補償保険  
葬 祭 給 付 請 求 書

|  |            |       |       |       |  |  |
|--|------------|-------|-------|-------|--|--|
| ① 労働保険番号   |            |       |       |       | ③ フリガナ<br>氏 名<br>請 求 住 所<br>人<br>死亡労働者との<br>関係 |  |
| 府県   | 所管         | 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<br>氏 名  | (男・女)      |       |       |       | ⑤ 平均賃金   |  |
| 死亡労働者の<br>生年月日   | 年 月 日 ( 歳) |       |       |       | 円 銭  |  |
| 職 種  |            |       |       |       | ⑥ 死亡年月日  |  |
| 所属事業場名称<br>所在地   |            |       |       |       | 年 月 日  |  |
| ⑦ 通勤災害に関する事項   |            |       |       |       | 別紙のとおり   |  |
| ④の者については、⑤並びに別紙の㉑、㉒、㉓、㉔、㉕、㉖、㉗(通常の通勤の経路及び方法に限る。)及び㉘に記載したとおりであることを証明します。           |            |       |       |       |  |  |
| 事業の名称<br>〒 - 電話 ( ) -<br>年 月 日 事業場の所在地<br>事業主の氏名<br>(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] 事業主は、別紙の㉑、㉒及び㉘については、知り得なかつた場面には証明する必要がないので、知り得なかつた事項の符号を消すこと。               |            |       |       |       |  |  |
| ⑧ 添付する書類その他の資料名  |            |       |       |       |  |  |

上記により葬祭給付の支給を請求します。

年 月 日

〒 - 電話 ( ) -

住 所

請求人の

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<br>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)

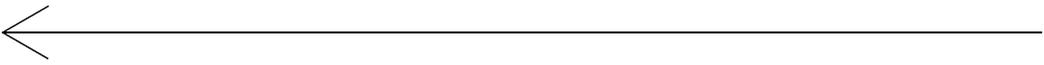
| ⑨その他就業先の有無 |                              |   |
|------------|------------------------------|---|
| 有          | 有の場合のその数<br>(ただし表面の事業場を含まない) | 有の場合でいずれかの事業で特別加入している場合の特別加入状況<br>(ただし表面の事業を含まない) |
| 無          | 社                            | 労働保険事務組合又は特別加入団体の名称                               |
| 労働保険番号     | 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. 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、記載の必要がないこと。

|                    |                      |    |       |
|--------------------|----------------------|----|-------|
| 社会保険<br>労務士<br>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  |
|                    |                      |    | ( ) — |

様式第十六号の十の二を次のように改める。





一次健康診断を行った医師が異常の所見がないと診断した項目について、産業医等が異常の所見があると診断した場合、当該産業医等が新たに異常の所見があると診断した項目について、該当するものを○で囲んでください。

イ 血圧

ロ 血中脂質

ハ 血糖値

ニ 腹囲又はBMI (肥満度)

異常の所見があると診断

した産業医等の氏名

〔注意〕

- 1    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 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○で囲み（⑨及び⑭から⑳までの事項並びに⑩、⑪、⑫及び㉑の元号については、該当番号を記入枠に記入すること。）、※印のついた記入欄には記入しないでください。
- 3 記入枠の部分は、必ず黒のボールペンを使用し、様式表面右上に記載された「標準字体」にならって、枠からはみ出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入してください。
- 4 「一次健康診断」とは、直近の定期健康診断等（労働安全衛生法第66条第1項の規定による健康診断又は当該健康診断に係る同条第5項ただし書の規定による健康診断のうち、直近のもの）をいいます。
- 5 ⑫は、実際に二次健康診断を受診した日（複数日に分けて受診した場合は最初に受診した日）を、また、㉑は、二次健康診断等給付を請求した日（二次健康診断等を医療機関に申し込んだ日）をそれぞれ記入してください。
- 6 ⑭から⑳までの事項を証明することができる一次健康診断の結果を添えてください。
- 7 「二次健康診断等実施機関の名称及び所在地」の欄については、実際に二次健康診断等を受診した医療機関の名称及び所在地を記載してください（胸部超音波検査（心エコー検査）又は頸部超音波検査（頸部エコー検査）を別の医療機関で行った場合、当該医療機関については記載する必要はありません。）。
- 8 「労働者の所属事業場の名称・所在地」の欄については、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。
- 9 「産業医等」とは、労働安全衛生法第13条第1項に基づき当該労働者が所属する事業場に選任されている産業医や同法第13条の2第1項に規定する労働者の健康管理等を行うのに必要な医学に関する知識を有する医師をいいます。

|                    |                      |     |         |
|--------------------|----------------------|-----|---------|
| 社会保険<br>労務士<br>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 |
|                    |                      |     | ( ) -   |

様式第十六号の十一を次のように改める。



労働者災害補償保険  
傷病の状態等に関する報告書

|                                 |                          |    |    |    |    |     |                 |     |
|---------------------------------|--------------------------|----|----|----|----|-----|-----------------|-----|
| ①労働保険番号                         | 府県                       | 所掌 | 管轄 | 基幹 | 番号 | 枝番号 | ③負傷又は発病日<br>年月日 |     |
|                                 |                          |    |    |    |    |     |                 |     |
| ②労働者のフリガナ<br>生年月日<br>フリガナ<br>住所 | フリガナ<br>氏名<br>フリガナ<br>住所 |    |    |    |    |     | ④療養開始日<br>年月日   | 年月日 |
|                                 |                          |    |    |    |    |     |                 |     |
| ⑤傷病の名称、部位及び状態                   |                          |    |    |    |    |     | ( 診断書のとおり。 )    |     |
| ⑥添付する書類その他の資料名                  |                          |    |    |    |    |     |                 |     |

上記のとおり報告します。

年 月 日

〒 — — 電話( ) — —

住所  
報告人の氏名

氏名

労働基準監督署長 殿

|                |                      |    |         |
|----------------|----------------------|----|---------|
| 社会保険士<br>業務記載欄 | 作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示 | 氏名 | 電話番号    |
|                |                      |    | ( ) — — |

様式第十八号（二）を次のように改める。



労働者災害補償保険

変更・不変更

年金たる保険給付の受給権者の定期報告書（傷病・障害用）

|    |     |       |    |   |
|----|-----|-------|----|---|
| 署長 | 副署長 | 課長    | 係長 | 係 |
|    |     |       |    |   |
| 決裁 |     | 年 月 日 |    |   |

|                      |  |                                |                              |                  |                                  |
|----------------------|--|--------------------------------|------------------------------|------------------|----------------------------------|
| 受給権者                 | ① 管轄局署   | ② 年金証書の番号                      | ③ 受給権者の氏名                    | ④ 受給権者の生年月日      | ⑤ 年金たる保険給付の種類及び傷病区分・傷病等級号又は障害等級号 |
|                      |  |                                |                              |                  |                                  |
| 厚生年金保険等の受給関係         | ⑥ 労災年金のほかに、厚生年金保険、国民年金あるいは船員保険から労災と同じ事由（障害）で年金を受給していますか。受給している場合（支給停止の場合も含む）は、⑦から⑩までの欄を記入してください。受給していない場合は、以下の該当するものに○を記入してください。<br>・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 ・その他（ ） |                                |                              |                  |                                  |
|                      | ⑦ 右欄の該当する年金の種類に○を記入してください。   | 厚生年金保険法の<br>ア 障害年金<br>イ 障害厚生年金 | 国民年金法の<br>ウ 障害年金<br>エ 障害基礎年金 | 船員保険法の<br>オ 障害年金 |                                  |
|                      | ⑧ 基礎年金番号及び年金コード  |                                |                              |                  |                                  |
|                      | ⑨ 現在受給している年金額  | 年額 円                           | 年額 円                         | 年額 円             |                                  |
|                      | ⑩ ⑨欄の年金額を受給することになった年月日   | 年 月 日                          | 年 月 日                        | 年 月 日            |                                  |
| ⑪ 添付したものに○を記入してください。 | ・住民票の写し又は戸籍抄本（⑤欄が障害(補償)等年金の受給権者のみ）<br>・⑨欄の厚生年金保険等の年額を証明する書類（受給している場合のみ）  |                                |                              |                  |                                  |
| 上記のとおり現況を報告します。      |  | 〒 -                            |                              | 電話 ( ) -         |                                  |
|                      |  | (フリガナ)                         |                              |                  |                                  |
|                      |  | 住所                             |                              |                  |                                  |
|                      |  | (フリガナ)                         |                              |                  |                                  |
| 労働基準監督署長 殿           |  | 氏名                             |                              |                  |                                  |

|                |                      |    |          |
|----------------|----------------------|----|----------|
| 社会保険労務士<br>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     |
|                |                      |    | ( )<br>- |

○ 問い合わせ先 (From:)

提出期間 年 月 1 日 から 年 月 末日 まで

様式第十八号（二）を次のように改める。



労働者災害補償保険

変更・不変更

年金たる保険給付の受給権者の定期報告書 (遺族用)

|    |     |       |    |   |
|----|-----|-------|----|---|
| 署長 | 副署長 | 課長    | 係長 | 係 |
|    |     |       |    |   |
| 決裁 |     | 年 月 日 |    |   |

|                            |   |                                |             |   |                  |                          |               |             |
|----------------------------|---|--------------------------------|-------------|---|------------------|--------------------------|---------------|-------------|
| 受給権者                       | ① 年金証書の番号   | ② 枝番号                          | ③ 氏名        |   | ④ 生年月日<br>(年齢 歳) | ⑤ 障害の有無<br>ある<br>・<br>ない | ⑥ 年金たる保険給付の種類 | ⑦ 被災労働者との関係 |
|                            |   |                                |             |   |                  |                          |               |             |
| 厚生年金保険等の受給関係               | ⑧ 労災年金のほかに、厚生年金保険、国民年金あるいは船員保険から労災と同じ事由(死亡)で年金を受給していますか。受給している場合(支給停止の場合も含む)は、⑨から⑫までの欄を記入してください。受給していない場合は、以下の該当するものに○を記入してください。<br>・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 ・その他 ( ) |                                |             |   |                  |                          |               |             |
|                            | ⑨ 右欄の該当する年金の種類に○を記入してください。  | 厚生年金保険法の<br>ア 遺族年金<br>イ 遺族厚生年金 |             | 国民年金法の<br>ウ 母子年金 カ 寡婦年金<br>エ 準母子年金 キ 遺族基礎年金<br>オ 遺児年金 |                  | 船員保険法の<br>ク 遺族年金         |               |             |
|                            | ⑩ 基礎年金番号及び年金コード   |                                |             |   |                  |                          |               |             |
|                            | ⑪ 現在受給している年金額   | 年額 円                           |             | 年額 円  |                  | 年額 円                     |               |             |
|                            | ⑫ ⑪欄の年金額を受給することになった年月日  | 年 月 日                          |             | 年 月 日   |                  | 年 月 日                    |               |             |
| ⑬ (受給権者等年金を受け取る資格のある遺族で遺族) | 氏名(フリガナ)  |                                | 生年月日        | 年齢  | 住所               |                          | 死亡労働者との関係     | 障害の有無       |
|                            |   |                                | 元号<br>年 月 日 | 歳   |                  |                          |               | ある・ない       |
|                            |   |                                | 元号<br>年 月 日 | 歳   |                  |                          |               | ある・ない       |
|                            |   |                                | 元号<br>年 月 日 | 歳   |                  |                          |               | ある・ない       |
|                            |   |                                | 元号<br>年 月 日 | 歳   |                  |                          |               | ある・ない       |
| ⑭ 添付したものに○を記入してください。       | <input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> 戸籍謄本(抄本) <input type="checkbox"/> ⑪欄の厚生年金保険等の年額を証明する書類                                      |                                |             |   |                  |                          |               |             |
| 上記のとおり現況を報告します。            |   |                                |             | 〒   | -                | 電話 ( )                   | -             |             |
|                            |   |                                |             | (フリガナ)  |                  |                          |               |             |
| 年 月 日                      |   |                                |             | 住所  |                  |                          |               |             |
|                            |   |                                |             | (フリガナ)  |                  |                          |               |             |
| 労働基準監督署長 殿                 |   |                                |             | 氏名  |                  |                          |               |             |

○ 問い合わせ先 (From:)

提出期間 年 月 1 日 から 年 月 末日 まで

## 様式第 18 号 (2) (裏面)

### 〔注意〕

- 1 この報告書には、次の書類を添えること。ただし、(2)の書類として住民票の写しが含まれる場合には、住民票の写しを添える必要はないこと。
  - (1) 受給権者及び受給権者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戸籍の謄本又は抄本
  - (2) 受給権者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、その者が受給権者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
  - (3) 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遺族及び遺族補償年金、複数事業労働者遺族年金又は遺族年金の受給権者である妻については、その障害の状態に関する医師又は歯科医師の診断書
- 2 ⑩について、基礎年金番号及び年金コードを複数有する場合は、2段書き又は余白にそれぞれ記載すること。
- 3 各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。

| 社会保険<br>労務士<br>記載欄 | 作成年月日・<br>提出代行者・<br>事務代理者の表示 | 氏名 | 電話番号     |
|--------------------|------------------------------|----|----------|
|                    |                              |    | ( )<br>- |

様式第十九号を次のように改める。



# 年金たる保険給付の受給権者の住所・氏名 年金の払渡金融機関等 変更届

ニ、折り曲げる場合(以下「折り曲げマーク」)の所を折り曲げて下さい。  
「表示された枠」以下「記入枠」といいます。ここに記入する文字は、光学的文字認識装置(OCR)で直接読み取れるように、この用紙を汚したり、六を開けたり、必要以上に強く折り曲げたりしないでください。

印の欄は記入しないでください。(職員が記入します)

裏面の注意事項を読んでから記入してください。

帳票種別  
39580

|          |                  |
|----------|------------------|
| 被災労働者の氏名 | 支給決定を受けた労働基準監督署名 |
|          | 労働基準監督署          |

|      |                      |                      |
|------|----------------------|----------------------|
| 変更処理 | 枚目                   | 枚中                   |
|      | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

|      |        |                      |                       |                      |                      |                       |
|------|--------|----------------------|-----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------|
| 必須項目 | 年金証書番号 | 管轄局   種別   西暦年   番号  | 被災者生年月日               | 元号   年   月   日       | 枝番号                  | 遺族(補償)等年金の場合は記入してください |
|      |        | <input type="text"/> | 1<br>3<br>5<br>7<br>9 | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                       |

## 住所を変更した場合 (個人番号を未提出の方は住民票の写しの添付が必要です。裏面注意書きを参照ください。)

|                      |                            |                      |
|----------------------|----------------------------|----------------------|
| 郵便番号                 | 市外局番(右ツメ)   市内局番(右ツメ)   番号 | 都道府県コード              |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>       | <input type="text"/> |
| 住所1(漢字)              | (フリガナ)                     |                      |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>       |                      |
| 住所2つづき(漢字)           |                            |                      |
| <input type="text"/> |                            |                      |
| 住所3つづき(漢字)           |                            | 都道府県名の次から記入してください。   |
| <input type="text"/> |                            |                      |

## 銀行・郵便局等を変更したい場合

|                      |                      |                             |                       |
|----------------------|----------------------|-----------------------------|-----------------------|
| フリガナ                 | 金融機関名                | 銀行・金庫<br>農協・漁協・信組           | 本店・本所<br>出張所<br>支店・支所 |
| 預金の種類                | 口座番号(右ツメ)            | 口座番号が7桁未満の場合は右に詰めて記入してください。 | 金融機関コード   店舗コード       |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |                             | <input type="text"/>  |
| フリガナ                 | 郵便貯金銀行の支店等又は郵便局      | 都道府県                        | 市・郡区                  |
| 預金通帳の記号番号            | 記号   番号(右ツメ)         | 番号が8桁未満の場合は右に詰めて記入してください。   | 郵便局コード                |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |                             | <input type="text"/>  |

## 氏名を変更した場合 (戸籍謄本又は戸籍抄本を添付してください。)

|    |                                |            |
|----|--------------------------------|------------|
| 氏名 | 変更後氏名(カタカナ) : 姓と名の間は1字あけてください。 | 変更前の氏名     |
|    | <input type="text"/>           | フリガナ<br>漢字 |
|    | 変更後氏名(漢字) : 姓と名の間は1字あけてください。   | 氏名の変更年月日   |
|    | <input type="text"/>           | 氏名の変更理由    |
|    |                                | 年 月 日      |

## 個人番号を登録・変更する場合

|                      |              |
|----------------------|--------------|
| 個人番号                 | 届出人(受給権者)の   |
| <input type="text"/> | 〒 - 電話( ) -  |
|                      | フリガナ         |
|                      | 住所 ( ) ( ) 方 |
|                      | フリガナ         |

住所・氏名を変更した  
上記のとおり 払渡金融機関等を変更したいので届けます。住所 ( ) 方  
個人番号を登録・変更したい

年 月 日 氏名  
本件手続を裏面に記載の社会保険労務士に委託します。

労働基準監督署長 殿

|                      |                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| 署長                   | 副署長                  | 課長                   | 係長                   | 係                    |
| <input type="text"/> |
| 決 裁                  |                      |                      |                      | 年 月 日                |

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 | ド |
| 3 | 8 | エ | ケ | セ | テ | ネ | ヘ | メ | レ | ° |   |
| 4 | 9 | オ | コ | ソ | ト | ノ | ホ | モ | ヨ | ロ | ー |

[注意]

- 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、この用紙は汚したり、必要以上に強く折り曲げたりしないこと。
- 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当該事項を○で囲み（ただし、④及び⑨欄については該当する番号を記入枠に記入すること。）、※印のついた欄又は記入枠には記載しないこと。
- 記入枠の部分は、必ず、黒色のボールペンを使用し、右上に記載された「標準字体」にならって、枠からはみ出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すること。
- 住所を変更した場合であって、個人番号が未提出であるときには、住民票の写しを添えて提出すること。
- 金融機関（郵便貯金銀行の支店等を除く。）又は郵便貯金銀行の支店等又は郵便局を変更したい場合には、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は「金融機関名」欄、⑨及び⑩欄に、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は、「郵便貯金銀行の支店等又は郵便局」欄及び⑫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って振込によらないときは、「預金通帳の記号番号」欄は記載する必要はないこと。
- 氏名を変更した場合には、戸籍謄本又は戸籍抄本を添えて提出すること。
- 「届出人の住所」欄及び「届出人の氏名」欄には、受給権者本人の住所及び氏名を記載すること。
- この変更届は、所轄労働基準監督署長に提出すること。また、届出人の住所を管轄する労働基準監督署長を経由して提出しても差し支えないこと。
- 「個人番号」欄については、届出人（受給権者）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、「届出人の氏名」欄の下の□にレ点を記入すること。

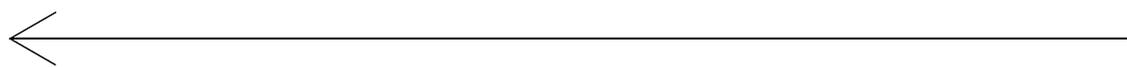
|                    |                              |     |          |
|--------------------|------------------------------|-----|----------|
| 社会保険<br>労務士<br>記載欄 | 作成年月日・<br>提出代行者・<br>事務代理者の表示 | 氏 名 | 電話番号     |
|                    |                              |     | ( )<br>- |

様式第二十号を次のように改める。



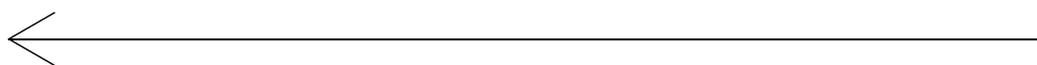


様式第二十一号を次のように改める。





様式第二十二号を次のように改める。





様式第三十四号の七（表面）を次のように改める。



## 労働者災害補償保険 特別加入申請書 (中小事業主等)

帳票種別  
3
6
2
1
1

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

① 申請に係る事業の労働保険番号

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 府 | 県 | 所 | 掌 | 管 | 轄 | 基 | 幹 | 番 | 号 | 枝 | 番 | 号 |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

※受付年月日

9 令和                        

1~9日は右へ 1~9日は右へ 1~9日は右へ

② 事業主の氏名 (法人その他の団体であるときはその名称)

③ 申請に係る事業

名称 (フリガナ) \_\_\_\_\_

名称 (漢字) \_\_\_\_\_

事業場の所在地 \_\_\_\_\_

④ 特別加入予定者 加入予定者数 計 \_\_\_\_\_ 名 \*この用紙に記載しきれない場合には、別紙に記載すること。

| 特別加入予定者 | 加入予定者数  | 業務の内容    | 除染作業       | 従事する特定業務                                   | 特定業務・給付基礎日額 |
|---------|---|----------|------------|--|-------------|
| フリガナ氏名  | 事業主との関係 (地位又は続柄)<br>1 本人<br>3 役員<br>( )<br>5 家族従事者<br>( ) | 業務の具体的内容 | 1 有<br>3 無 | 1 粉じん<br>3 振動工具<br>5 鉛<br>7 有機溶剤<br>9 該当なし | 業務歴         |
| 生年月日    | 労働者の始業及び終業の時刻<br>時 分 ~ 時 分                                |          |            |  | 最初に従事した年月   |
|         |   |          |            |  | 従事した期間の合計   |
|         |   |          |            |  | 希望する給付基礎日額  |
|         |   |          |            |  | 円           |
| フリガナ氏名  | 事業主との関係 (地位又は続柄)<br>1 本人<br>3 役員<br>( )<br>5 家族従事者<br>( ) | 業務の具体的内容 | 1 有<br>3 無 | 1 粉じん<br>3 振動工具<br>5 鉛<br>7 有機溶剤<br>9 該当なし | 業務歴         |
| 生年月日    | 労働者の始業及び終業の時刻<br>時 分 ~ 時 分                                |          |            |  | 最初に従事した年月   |
|         |   |          |            |  | 従事した期間の合計   |
|         |   |          |            |  | 希望する給付基礎日額  |
|         |   |          |            |  | 円           |
| フリガナ氏名  | 事業主との関係 (地位又は続柄)<br>1 本人<br>3 役員<br>( )<br>5 家族従事者<br>( ) | 業務の具体的内容 | 1 有<br>3 無 | 1 粉じん<br>3 振動工具<br>5 鉛<br>7 有機溶剤<br>9 該当なし | 業務歴         |
| 生年月日    | 労働者の始業及び終業の時刻<br>時 分 ~ 時 分                                |          |            |  | 最初に従事した年月   |
|         |   |          |            |  | 従事した期間の合計   |
|         |   |          |            |  | 希望する給付基礎日額  |
|         |   |          |            |  | 円           |
| フリガナ氏名  | 事業主との関係 (地位又は続柄)<br>1 本人<br>3 役員<br>( )<br>5 家族従事者<br>( ) | 業務の具体的内容 | 1 有<br>3 無 | 1 粉じん<br>3 振動工具<br>5 鉛<br>7 有機溶剤<br>9 該当なし | 業務歴         |
| 生年月日    | 労働者の始業及び終業の時刻<br>時 分 ~ 時 分                                |          |            |  | 最初に従事した年月   |
|         |   |          |            |  | 従事した期間の合計   |
|         |   |          |            |  | 希望する給付基礎日額  |
|         |   |          |            |  | 円           |

⑤ 労働保険事務の処理を委託した年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

⑥ 労働保険事務組合の証明

上記⑤の日より労働保険事務の処理の委託を受けていることを証明します。

名称 \_\_\_\_\_

〒 \_\_\_\_\_ 電話 ( ) \_\_\_\_\_

労働保険事務組合の 主たる事務所の所在地 \_\_\_\_\_

代表者の氏名 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 年 月 日

⑦ 特別加入を希望する日 (申請日の翌日から起算して30日以内) \_\_\_\_\_ 年 月 日

上記のとおり特別加入の申請をします。

\_\_\_\_\_ 年 月 日

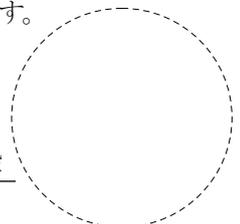
〒 \_\_\_\_\_ 電話 ( ) \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

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)

労働局長 殿



折り曲げる場合にはこの所で折り曲げてください。

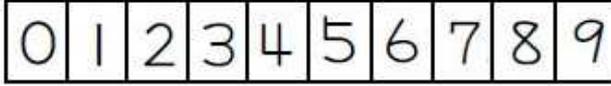
様式第三十四号の七（裏面）を次のように改める。



〔標準字体記載に当たっての注意事項〕

- 1 □□□で表示された枠（以下、記載枠という。）に記載する数字は、光学式文字読取装置（OCR）で直接読取りを行うので、汚したり、穴を開けたり、必要以上に強く折り曲げたり、のり付けしたりしないでください。
- 2 記載枠の部分は、必ず黒のボールペンを使用し、以下に記載された「標準字体」に倣って、枠からはみ出さないように大きめのアラビア数字で明瞭に記載してください。

## 標準字体



〔項目記載に当たっての注意事項〕

- 1 「事業主との関係」の欄には、事業主本人（代表者）は「1」を○で囲むこと。  
また、事業主が行う事業に従事する者（代表者以外の者）については、事業主が法人その他の団体であるときは「3」、事業主が個人であるときは「5」を○で囲むこと。  
さらに、「3」を○で囲んだときはその事業における従業上の地位を、「5」を○で囲んだときは事業主との続柄を、それぞれ（ ）に記載すること。
- 2 「業務の具体的内容」の欄には、特別加入者として行う業務の具体的内容を記載すること。
- 3 「労働者の始業及び終業の時刻」の欄には、特別加入予定者の従事する事業の労働者に係る所定の始業及び終業の時刻を記載すること。
- 4 「除染作業」の欄には、特別加入者として行う業務に除染作業が含まれる場合は「1」を○で囲み、除染作業が含まれない場合は「3」を○で囲むこと。
- 5 特別加入者として行う業務が「従事する特定業務」の欄に掲げる特定業務（労働者災害補償保険法施行規則（昭和30年労働省令第22号）第46条の19第3項各号に掲げる業務をいう。）のいずれかに該当する場合には、その該当する特定業務の番号を○で囲むこと。（該当する特定業務が複数の場合には、該当する番号全てを○で囲むこと。）  
なお、いずれにも該当しない場合には、「9」を○で囲むこと。
- 6 「業務歴」の欄には、特別加入者として行う業務が「従事する特定業務」の欄に掲げる特定業務のいずれかに該当する場合であって、当該特別加入予定者が過去において当該該当する特定業務に従事したことがあるときに、当該該当する特定業務に最初に従事した年月及び従事した期間の合計を記載すること。（該当する特定業務が複数の場合には、主たるものを当該欄に記載すること。その他該当する特定業務については、余白に最初に従事した年月及び従事した期間の合計を記載すること。）
- 7 記載事項のない欄には斜線を引くこと。

|                    |                      |    |       |
|--------------------|----------------------|----|-------|
| 社会保険<br>労務士<br>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  |
|                    |                      |    | ( ) — |

様式第三十四号の八（表面）を次のように改める。



労働者災害補償保険 特別加入に関する変更届 特別加入脱退申請書 (中小事業主等及び一人親方等)

帳票種別 36241
特別加入の承認に係る事業
労働保険番号
事業の名称

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

受付年月日 9 令和
元号 年 月 日
1~9年は右へ 1~9月は右へ 1~9日は右へ

事業場の所在地

今回の変更届に係る者 合計: 人
内訳(変更: 人、脱退: 人、加入: 人)
\*この用紙に記載しきれない場合には、別紙に記載すること。

Table with 4 columns: 変更年月日, 変更を生じた者のフリガナ氏名, 中小事業主又は一人親方との関係(地位又は続柄), 業務又は作業の内容. Includes rows for '変更前' and '変更後'.

Table with 4 columns: 異動年月日, フリガナ氏名, 生年月日, 整理番号. Includes rows for '特別加入者でなくなった者' and '特別加入者の異動'.

Table with 4 main columns: 特別加入予定者, 業務又は作業の内容, 除染作業, 特定業務・給付基礎日額. Includes sub-tables for '業務歴' and '希望する給付基礎日額'.

変更決定を希望する日(変更届提出の翌日から起算して30日以内) 年 月 日

脱退の場合
以下の\*欄は、承認を受けた事業に係る特別加入者の全員を特別加入者でないこととする場合に限り記載すること。
\*申請の理由(脱退の理由)
\*脱退を希望する日(申請日から起算して30日以内)
年 月 日

上記のとおり 変更を生じたので届けます。特別加入脱退を申請します。

年 月 日

労働局長 殿

〒 - 電話 ( ) -

住所

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)

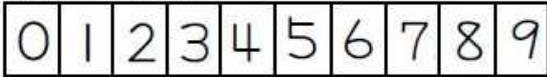
様式第三十四号の八（裏面）を次のように改める。



〔標準字体記載に当たっての注意事項〕

- 1 □□□で表示された枠（以下、記載枠という。）に記載する数字は、光学式文字読取装置（OCR）で直接読取りを行うので、汚したり、穴を開けたり、必要以上に強く折り曲げたり、のり付けしたりしないでください。
- 2 記載枠の部分は、必ず黒のボールペンを使用し、以下に記載された「標準字体」に倣って、枠からはみ出さないように大きめのアラビア数字で明瞭に記載してください。

**標準字体**



〔項目記載に当たっての注意事項〕

- 1 「特別加入に関する変更届」と「特別加入脱退申請書」のいずれか該当するものを○で囲むこと。
- 2 氏名に変更を生じた場合には、「変更を生じた者の氏名」の欄に変更前の氏名を、「変更後の氏名」の欄に変更後の氏名を記載すること。
- 3 新たに特別加入者になった者がある場合には、
  - (1) 「中小事業主又は一人親方との関係」の欄は、
    - イ 中小事業主等（労働者災害補償保険法（昭和22年法律第50号。以下「法」という。）第33条第1号及び第2号に掲げる者をいう。）にあっては、次のとおりとする。  
 該当する者が事業主本人（代表者）に該当する場合は「1」を○で囲むこと。  
 また、事業主が行う事業に従事する者（代表者以外の者）については、事業主が法人その他の団体であるときは「3」、事業主が個人であるときは「5」を○で囲むこと。  
 さらに、「3」を○で囲んだときはその事業における従業上の地位を、「5」を○で囲んだときは事業主との続柄を、それぞれ（ ）に記載すること。
    - ロ 一人親方等にあっては、次のとおりとする。  
 該当する者が一人親方（法第33条第3号に掲げる者をいう。）に該当する場合は「1」を○で囲み、「1」に該当する者が行う事業に従事する者の場合は「5」を○で囲み、（ ）にその構成員との続柄を記載すること。  
 特定作業従事者（法第33条第5号に掲げる者をいう。）に該当する場合は当該欄への記載は不要である。
  - (2) 「業務又は作業の具体的内容」の欄には、特別加入者として行う業務又は作業の具体的内容を記載すること。
  - (3) 「労働者の始業及び終業の時刻（中小事業主等のみ）」の欄には、(1)のイの場合のみ特別加入予定者の従事する事業の労働者に係る所定の始業及び終業の時刻を記載すること。
  - (4) 「除染作業」の欄には、特別加入者として行う業務に除染作業が含まれる場合は「1」を○で囲み、除染作業が含まれない場合は「3」を○で囲むこと。
  - (5) 特別加入者として行う業務が「従事する特定業務」の欄に掲げる特定業務（労働者災害補償保険法施行規則（昭和30年労働省令第22号）第46条の19第3項各号に掲げる業務をいう。）のいずれかに該当する場合には、その該当する特定業務の番号を○で囲むこと。（該当する特定業務が複数の場合には、該当する番号全てを○で囲むこと。）  
 なお、いずれにも該当しない場合には、「9」を○で囲むこと。
  - (6) 「業務歴」の欄には、特別加入者として行う業務が「従事する特定業務」の欄に掲げる特定業務のいずれかに該当する場合であって、当該特別加入予定者が過去において当該該当する特定業務に従事したことがあるときに、当該該当する特定業務に最初に従事した年月及び従事した期間の合計を記載すること。（該当する特定業務が複数の場合には、主たるものを当該欄に記載すること。その他該当する特定業務については、余白に最初に従事した年月及び従事した期間の合計を記載すること。）
- 4 特別加入承認を受けた事業に係る特別加入者の全員を特別加入者でないこととする（事業主又は団体そのものが特別加入から脱退する）場合には、「脱退申請の場合」の欄（\*欄）に記載すること。
- 5 「変更を生じたので届けます。」と「特別加入脱退を申請します。」のいずれか該当するものを○で囲むこと。
- 6 記載事項のない欄には斜線を引くこと。
- 7 労働保険事務組合に労働保険事務の処理を委託している場合には、当該事務組合の名称と電話番号を記載すること。

|             |      |
|-------------|------|
| 労働保険事務組合の名称 | 電話番号 |
|             |      |

|                    |                      |    |       |
|--------------------|----------------------|----|-------|
| 社会保険<br>労務士<br>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  |
|                    |                      |    | ( ) — |

様式第三十四号の十（表面）を次のように改める。



## 労働者災害補償保険 特別加入申請書 (一人親方等)

帳票種別  
36221

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

① 申請に係る事業の労働保険番号

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 府 | 県 | 所 | 掌 | 管 | 轄 | 基 | 幹 | 番 | 号 | 枝 | 番 | 号 |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

※受付年月日

9 令和                   日

1~9日は右へ 1~9日は右へ 1~9日は右へ

② 特別加入団体

|        |   |         |
|--------|---|---------|
| 特別加入団体 | 名称 (フリガナ)<br>名称 (漢字)<br>代表者の氏名<br>事業又は作業の種類 | ※特定業種区分 |
|--------|---|---------|

③ 特別加入予定者 加入予定者数 計 \_\_\_\_\_ 名 \*この用紙に記載しきれない場合には、別紙に記載すること。

| 特別加入予定者        | 業務又は作業の内容                                | 除染作業       | 従事する特定業務                                   | 特定業務・給付基礎日額   |
|----------------|--|------------|--|---|
| フリガナ氏名<br>生年月日 | 法第33条第3号に掲げる者との関係<br>1 本人<br>5 家族従事者 ( ) | 1 有<br>3 無 | 1 粉じん<br>3 振動工具<br>5 鉛<br>7 有機溶剤<br>9 該当なし | 業務歴<br>最初に従事した年月 年 月<br>従事した期間の合計 年間 ヶ月<br>希望する給付基礎日額 円 |
| フリガナ氏名<br>生年月日 | 法第33条第3号に掲げる者との関係<br>1 本人<br>5 家族従事者 ( ) | 1 有<br>3 無 | 1 粉じん<br>3 振動工具<br>5 鉛<br>7 有機溶剤<br>9 該当なし | 業務歴<br>最初に従事した年月 年 月<br>従事した期間の合計 年間 ヶ月<br>希望する給付基礎日額 円 |
| フリガナ氏名<br>生年月日 | 法第33条第3号に掲げる者との関係<br>1 本人<br>5 家族従事者 ( ) | 1 有<br>3 無 | 1 粉じん<br>3 振動工具<br>5 鉛<br>7 有機溶剤<br>9 該当なし | 業務歴<br>最初に従事した年月 年 月<br>従事した期間の合計 年間 ヶ月<br>希望する給付基礎日額 円 |
| フリガナ氏名<br>生年月日 | 法第33条第3号に掲げる者との関係<br>1 本人<br>5 家族従事者 ( ) | 1 有<br>3 無 | 1 粉じん<br>3 振動工具<br>5 鉛<br>7 有機溶剤<br>9 該当なし | 業務歴<br>最初に従事した年月 年 月<br>従事した期間の合計 年間 ヶ月<br>希望する給付基礎日額 円 |

折り返す場合は( )の所で折り返してください。

④ 添付する書類の名称

|                         |  |
|-------------------------|--|
| 団体の目的、組織、運営等を明らかにする書類   |  |
| 業務災害の防止に関する措置の内容を記載した書類 |  |

⑤ 特別加入を希望する日 (申請日の翌日から起算して30日以内) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

上記のとおり特別加入の申請をします。

名称 \_\_\_\_\_

〒 \_\_\_\_\_ 電話 ( ) \_\_\_\_\_

主たる事務所の所在地 \_\_\_\_\_

代表者の氏名 \_\_\_\_\_

労働局長 殿

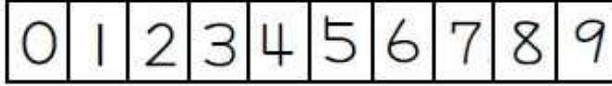
様式第三十四号の十（裏面）を次のように改める。



〔標準字体記載に当たっての注意事項〕

- 1 □□□で表示された枠（以下、記載枠という。）に記載する数字は、光学式文字読取装置（OCR）で直接読取りを行うので、汚したり、穴を開けたり、必要以上に強く折り曲げたり、のり付けしたりしないでください。
- 2 記載枠の部分は、必ず黒のボールペンを使用し、以下に記載された「標準字体」に倣って、枠からはみ出さないように大きめのアラビア数字で明瞭に記載してください。

標準字体



〔項目記載に当たっての注意事項〕

- 1 ②の「事業又は作業の種類」の欄には、労働保険の保険料の徴収等に関する法律施行規則（昭和47年労働省令第8号）別表第5の第2種特別加入保険料率表の事業又は作業の種類を記載すること。
- 2 「法第33条第3号に掲げる者との関係」の欄には、特別加入予定者が一人親方（労働者災害補償保険法（昭和22年法律第50号。以下「法」という。）第33条第3号に掲げる者をいう。）に該当する場合は「1」を○で囲み、「1」に該当する者が行う事業に従事する者の場合は「5」を○で囲み、（ ）にその構成員との続柄を記載すること。  
 特定作業従事者（法第33条第5号に掲げる者をいう。）に該当する場合は当該欄への記載は不要である。
- 3 「業務又は作業の具体的内容」の欄には、特別加入者として行う業務又は作業の具体的内容を記載すること。
- 4 「除染作業」の欄には、特別加入者として行う業務に除染作業が含まれる場合は「1」を○で囲み、除染作業が含まれない場合は「3」を○で囲むこと。
- 5 特別加入者として行う業務が「従事する特定業務」の欄に掲げる特定業務（労働者災害補償保険法施行規則（昭和30年労働省令第22号。以下「規則」という。）第46条の19第3項各号に掲げる業務をいう。）のいずれかに該当する場合には、その該当する特定業務の番号を○で囲むこと。（該当する特定業務が複数の場合には、該当する番号全てを○で囲むこと。）  
 なお、いずれにも該当しない場合には、「9」を○で囲むこと。
- 6 「業務歴」の欄には、特別加入者として行う業務が「従事する特定業務」の欄に掲げる特定業務のいずれかに該当する場合であって、当該特別加入予定者が過去において当該該当する特定業務に従事したことがあるときに、当該該当する特定業務に最初に従事した年月及び従事した期間の合計を記載すること。（該当する特定業務が複数の場合には、主たるものを当該欄に記載すること。その他該当する特定業務については、余白に最初に従事した年月及び従事した期間の合計を記載すること。）
- 7 特別加入予定者の団体が、船員法（昭和22年法律第100号）第1条に規定する船員が行う事業（規則第46条の17第7号に掲げる事業をいう。）に従事する者、家内労働者又はその補助者（規則第46条の18第3号に掲げる作業に従事する者をいう。）の団体であるときには、④の「業務災害の防止に関する措置の内容を記載した書類」欄の記載及びその書類の添付は不要である。
- 8 記載事項のない欄には斜線を引くこと。

|                    |                      |     |       |
|--------------------|----------------------|-----|-------|
| 社会保険<br>労務士<br>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  |
|                    |                      |     | ( ) — |

様式第三十四号の十一（表面）を次のように改める。



## 労働者災害補償保険 特別加入申請書 (海外派遣者)

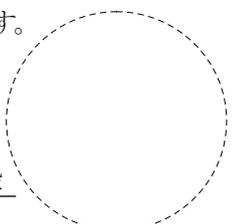
|   |  |  |         |         |    |    |   |   |   |   |   |            |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |    |    |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |         |         |         |  |
|---|--|--|---------|---------|----|----|---|---|---|---|---|------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|---|----|----|---|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|---------|---------|---------|--|
| <p>帳票種別</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; font-size: 24px; font-weight: bold;">36231</div>  | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">                 ◎裏面の注意事項を読んでから記載してください。<br/>                 ※印の欄は記載しないでください。(職員が記載します。)             </div> |  |         |         |    |    |   |   |   |   |   |            |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |    |    |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |         |         |         |  |
| <p>① ※第3種特別加入に係る労働保険番号</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 5%;">府</td><td style="width: 5%;">県</td><td style="width: 5%;">所掌</td><td style="width: 5%;">管轄</td><td style="width: 5%;">基</td><td style="width: 5%;">幹</td><td style="width: 5%;">番</td><td style="width: 5%;">号</td><td style="width: 5%;">枝</td><td style="width: 5%;">番</td><td style="width: 5%;">号</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"> </td><td> </td> </tr> </table> | 府  | 県  | 所掌      | 管轄      | 基  | 幹  | 番 | 号 | 枝 | 番 | 号 |            |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | <p>※受付年月日</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">令和</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">元号</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">年</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">月</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">日</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">1～9月は右へ</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">1～9月は右へ</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">1～9月は右へ</td> <td></td> </tr> </table> | 9 | 令和 | 元号 | 年 | 月 | 日 |  |  |  |  |  |  |  |  | 1～9月は右へ | 1～9月は右へ | 1～9月は右へ |  |
| 府   | 県  | 所掌   | 管轄      | 基       | 幹  | 番  | 号 | 枝 | 番 | 号 |   |            |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |    |    |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |         |         |         |  |
|   |  |  |         |         |    |    |   |   |   |   |   |            |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |    |    |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |         |         |         |  |
| 9   | 令和   | 元号   | 年       | 月       | 日  |    |   |   |   |   |   |            |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |    |    |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |         |         |         |  |
|   |  |  |         |         |    |    |   |   |   |   |   |            |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |    |    |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |         |         |         |  |
|   |  | 1～9月は右へ  | 1～9月は右へ | 1～9月は右へ |    |    |   |   |   |   |   |            |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |    |    |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |         |         |         |  |
| <p>② 団体の名称又は事業主の氏名 (事業主が法人その他の団体であるときはその名称)</p>   |  |  |         |         |    |    |   |   |   |   |   |            |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |    |    |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |         |         |         |  |
| ③   | 申請に係る事業  | 労働保険番号   | 府       | 県       | 所掌 | 管轄 | 基 | 幹 | 番 | 号 | 枝 | 番          | 号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |    |    |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |         |         |         |  |
|   |  | 名称 (フリガナ)  |         |         |    |    |   |   |   |   |   |            |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |    |    |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |         |         |         |  |
|   |  | 名称 (漢字)  |         |         |    |    |   |   |   |   |   |            |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |    |    |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |         |         |         |  |
|   |  | 事業場の所在地  |         |         |    |    |   |   |   |   |   |            |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |    |    |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |         |         |         |  |
|   |  | 事業の種類  |         |         |    |    |   |   |   |   |   |            |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |    |    |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |         |         |         |  |
| ④   |  | 特別加入予定者  | 加入予定者数  | 計       | 名  |    |   |   |   |   |   |            |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |    |    |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |         |         |         |  |
|   |  | *この用紙に記載しきれない場合には、別紙に記載すること。                     |         |         |    |    |   |   |   |   |   |            |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |    |    |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |         |         |         |  |
|   |  |  |         |         |    |    |   |   |   |   |   |            |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |    |    |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |         |         |         |  |
| 特別加入予定者   | 派遣先  | 派遣先の事業において従事する業務の内容 (業務内容、地位・役職名、労働者の人数及び就業時間など) |         |         |    |    |   |   |   |   |   | 希望する給付基礎日額 |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |    |    |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |         |         |         |  |
| フリガナ氏名  | 事業の名称  | 派遣先国   |         |         |    |    |   |   |   |   |   |            | 円 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |    |    |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |         |         |         |  |
| 生年月日  | 事業場の所在地  |  |         |         |    |    |   |   |   |   |   | 円          |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |    |    |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |         |         |         |  |
| 年 月 日   |  |  |         |         |    |    |   |   |   |   |   | 円          |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |    |    |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |         |         |         |  |
| フリガナ氏名  | 事業の名称  | 派遣先国   |         |         |    |    |   |   |   |   |   |            | 円 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |    |    |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |         |         |         |  |
| 生年月日  | 事業場の所在地  |  |         |         |    |    |   |   |   |   |   | 円          |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |    |    |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |         |         |         |  |
| 年 月 日   |  |  |         |         |    |    |   |   |   |   |   | 円          |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |    |    |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |         |         |         |  |
| フリガナ氏名  | 事業の名称  | 派遣先国   |         |         |    |    |   |   |   |   |   |            | 円 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |    |    |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |         |         |         |  |
| 生年月日  | 事業場の所在地  |  |         |         |    |    |   |   |   |   |   | 円          |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |    |    |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |         |         |         |  |
| 年 月 日   |  |  |         |         |    |    |   |   |   |   |   | 円          |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |    |    |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |         |         |         |  |
| ⑤   |  | 特別加入を希望する日 (申請日の翌日から起算して30日以内)                   |         |         |    |    |   |   |   |   |   |            |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |    |    |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |         |         |         |  |
|   |  | 年 月 日  |         |         |    |    |   |   |   |   |   |            |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |    |    |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |         |         |         |  |

折り曲げる場合にはこの所で折り曲げてください。

上記のとおり特別加入の申請をします。

年 月 日

労働局長 殿



団体又は事業主の住所

団体の名称又は事業主の氏名

〒 - 電話 ( ) -

(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)

様式第三十四号の十一（裏面）を次のように改める。



〔標準字体記載に当たっての注意事項〕

- 1 □□□で表示された枠（以下、記載枠という。）に記載する数字は、光学式文字読取装置（OCR）で直接読取りを行うので、汚したり、穴を開けたり、必要以上に強く折り曲げたり、のり付けしたりしないでください。
- 2 記載枠の部分は、必ず黒のボールペンを使用し、以下に記載された「標準字体」に倣って、枠からはみ出さないように大きめのアラビア数字で明瞭に記載してください。

### 標準字体

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

〔項目記載に当たっての注意事項〕

- 1 労働者災害補償保険法（昭和22年法律第50号）第33条第6号の規定により特別加入を申請する団体は、団体の目的、組織、運営等を明らかにする書類を添付すること。
- 2 ③の「労働保険番号」の欄には、既に保険関係が成立している派遣元の労働保険番号を記載すること。
- 3 「派遣先の事業において従事する業務の内容」の欄には、従事する業務の内容、地位・役職名について記載すること。  
特別加入予定者が、派遣先の事業場において使用される労働者以外の者（例えば派遣先事業の代表者、役員等）である場合には、「派遣先の事業において従事する業務の内容」の欄に当該派遣先の事業の種類、当該事業に係る労働者数並びに労働者の所定の始業及び終業の時刻を併せて記載すること。
- 4 記載事項のない欄には斜線を引くこと。

| 社会保険<br>労務士<br>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  |
|--------------------|----------------------|----|-------|
|                    |                      |    | ( ) — |

様式第三十四号の十二（表面）を次のように改める。



# 労働者災害補償保険 特別加入に関する変更届 (海外派遣者) 特別加入脱退申請書

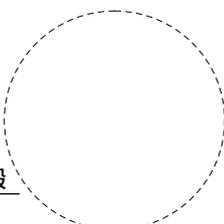
|   |  |   |         |   |         |   |   |         |   |   |         |   |         |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |         |  |         |
|---|--|---|---------|---|---------|---|---|---------|---|---|---------|---|---------|---|---|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|---------|--|--|---------|--|---------|
| 帳票種別<br><div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: flex; justify-content: space-around; font-size: 24px; font-weight: bold;"> <span>3</span><span>6</span><span>2</span><span>4</span><span>3</span> </div>  | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">                     裏面の注意事項を読んでから記載してください。<br/>                     印の欄は記載しないでください。(職員が記載します。)                 </div>   |   |         |   |         |   |   |         |   |   |         |   |         |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |         |  |         |
| 特別加入の承認に係る事業<br><table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">府</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">県</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">所</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">管</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">轄</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">基</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">幹</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">番</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">号</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">枝</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">番</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">号</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">労働</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">保</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">険</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">番</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">号</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </td> </tr> </table> | 府  | 県 | 所       | 管 | 轄       | 基 | 幹 | 番       | 号 | 枝 | 番       | 号 | 労働      | 保 | 険 | 番 | 号 |  |  |  |  |  |  |  | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">                             受付年月日                         </td> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">                             9 令和                             <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="font-size: 8px;">1-9月は右へ</td> <td colspan="2" style="font-size: 8px;">1-9月は右へ</td> <td style="font-size: 8px;">1-9日は右へ</td> </tr> </table> </td> </tr> </table> | 受付年月日 | 9 令和 <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="font-size: 8px;">1-9月は右へ</td> <td colspan="2" style="font-size: 8px;">1-9月は右へ</td> <td style="font-size: 8px;">1-9日は右へ</td> </tr> </table> |  |  |  |  |  |  | 1-9月は右へ |  |  | 1-9月は右へ |  | 1-9日は右へ |
| 府   | 県  | 所 | 管       | 轄 | 基       | 幹 | 番 | 号       | 枝 | 番 | 号       |   |         |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |         |  |         |
| 労働  | 保  | 険 | 番       | 号 |         |   |   |         |   |   |         |   |         |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |         |  |         |
| 受付年月日   | 9 令和 <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="font-size: 8px;">1-9月は右へ</td> <td colspan="2" style="font-size: 8px;">1-9月は右へ</td> <td style="font-size: 8px;">1-9日は右へ</td> </tr> </table> |   |         |   |         |   |   | 1-9月は右へ |   |   | 1-9月は右へ |   | 1-9日は右へ |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |         |  |         |
|   |  |   |         |   |         |   |   |         |   |   |         |   |         |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |         |  |         |
| 1-9月は右へ   |  |   | 1-9月は右へ |   | 1-9日は右へ |   |   |         |   |   |         |   |         |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |         |  |         |
| 事業の名称   | 事業場の所在地  |   |         |   |         |   |   |         |   |   |         |   |         |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |         |  |         |

|                                   |   |                |                           |                            |   |                |
|-----------------------------------|---|----------------|---------------------------|----------------------------|---|----------------|
|                                   | 今回の変更届に係る者 合計： 人<br>内訳(変更： 人、脱退： 人、加入： 人) |                |                           |                            |   |                |
|                                   | *この用紙に記載しきれない場合には、別紙に記載すること。              |                |                           |                            |   |                |
| 変更届の場合(特別加入者に関する事項の変更)            | 変更年月日<br>年 月 日                            | 変更を生じた者のフリガナ氏名 | 派遣先の事業の名称及び事業場の所在地<br>変更前 | 派遣先の事業において従事する業務の内容<br>変更前 |   |                |
|                                   | 生年月日<br>年 月 日                             | 変更後のフリガナ氏名     | 変更後                       | 変更後                        |   |                |
|                                   | 整理番号                                      | 変更後のフリガナ氏名     | 変更後                       | 変更後                        |   |                |
|                                   | 変更年月日<br>年 月 日                            | 変更を生じた者のフリガナ氏名 | 派遣先の事業の名称及び事業場の所在地<br>変更前 | 派遣先の事業において従事する業務の内容<br>変更前 |   |                |
|                                   | 生年月日<br>年 月 日                             | 変更後のフリガナ氏名     | 変更後                       | 変更後                        |   |                |
|                                   | 整理番号                                      | 変更後のフリガナ氏名     | 変更後                       | 変更後                        |   |                |
| 特別加入者のうち一部に変更がある場合(特別加入者の異動)      | 異動年月日<br>年 月 日                            | フリガナ氏名         | 生年月日<br>年 月 日             | 整理番号                       |   |                |
|                                   | 異動年月日<br>年 月 日                            | フリガナ氏名         | 生年月日<br>年 月 日             | 整理番号                       |   |                |
| 特別加入者のうち一部に変更がある場合(新たに特別加入者になった者) | 特別加入予定者                                   |                | 派遣先                       |                            | 派遣先の事業において従事する業務の内容<br>(業務内容、地位・役職名、労働者の人数及び就業時間など) | 希望する<br>給付基礎日額 |
|                                   | 異動年月日<br>年 月 日                            | フリガナ氏名         | 事業の名称                     | 派遣先国                       | 円   | 円              |
|                                   | 生年月日<br>年 月 日                             | 事業場の所在地        | 事業場の所在地                   |                            |   |                |
|                                   | 異動年月日<br>年 月 日                            | フリガナ氏名         | 事業の名称                     | 派遣先国                       | 円   | 円              |
|                                   | 生年月日<br>年 月 日                             | 事業場の所在地        | 事業場の所在地                   |                            |   |                |
|                                   | 異動年月日<br>年 月 日                            | フリガナ氏名         | 事業の名称                     | 派遣先国                       | 円   | 円              |
| 生年月日<br>年 月 日                     | 事業場の所在地                                   | 事業場の所在地        |                           |                            |   |                |
| 変更決定を希望する日(変更届提出の翌日から起算して30日以内)   |   |                |                           | 年 月 日                      |   |                |

|         |  |                                    |
|---------|--|------------------------------------|
| 脱退申請の場合 | 以下の*欄は、承認を受けた事業に係る特別加入者の全員を特別加入者でないこととする場合に限って記載すること。<br>*申請の理由(脱退の理由) | *脱退を希望する日(申請日から起算して30日以内)<br>年 月 日 |
|---------|--|------------------------------------|

上記のとおり 変更を生じたので届けます。  
 特別加入脱退を申請します。

年 月 日  
 労働局長 殿



〒 - - 電話 ( ) -  
 団体又は事業主の住所  
 団体の名称又は事業主の氏名  
 (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)

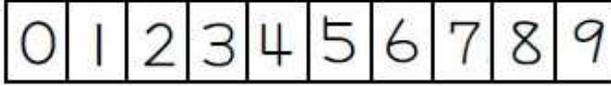
様式第三十四号の十二（裏面）を次のように改める。



〔標準字体記載に当たっての注意事項〕

- 1 □□□で表示された枠（以下、記載枠という。）に記載する数字は、光学式文字読取装置（OCR）で直接読取りを行うので、汚したり、穴を開けたり、必要以上に強く折り曲げたり、のり付けしたりしないでください。
- 2 記載枠の部分は、必ず黒のボールペンを使用し、以下に記載された「標準字体」に倣って、枠からはみ出さないように大きめのアラビア数字で明瞭に記載してください。

## 標準字体



〔項目記載に当たっての注意事項〕

- 1 「特別加入に関する変更届」と「特別加入脱退申請書」のいずれか該当するものを○で囲むこと。
- 2 労働保険番号は、第3種特別加入に係る労働保険番号を記載すること。
- 3 氏名に変更を生じた場合には、「変更を生じた者の氏名」の欄に変更前の氏名を、「変更後の氏名」の欄に変更後の氏名を記載すること。
- 4 「派遣先の事業において従事する業務の内容」の欄には、従事する業務の具体的な内容及び地位・役職名について記載すること。
- 5 新たに特別加入者になった者が派遣先の事業場において使用される労働者以外の者（例えば派遣先事業の代表者、役員等。以下同じ。）である場合及び既に派遣先の事業場において使用されている労働者が労働者以外の者になった場合には、「派遣先の事業において従事する業務の内容」の欄に、当該派遣先の事業の種類、当該事業に係る労働者数並びに労働者の所定の始業及び終業の時刻を併せて記載すること。
- 6 特別加入承認を受けた事業に係る特別加入者の全員を特別加入者でないこととする（団体又は事業主そのものが特別加入から脱退する）場合には、「脱退申請の場合」の欄（\*欄）に記載すること。
- 7 「変更を生じたので届けます。」と「特別加入脱退を申請します。」のいずれか該当するものを○で囲むこと。
- 8 記載事項のない欄には斜線を引くこと。

|                    |                      |    |       |
|--------------------|----------------------|----|-------|
| 社会保険<br>労務士<br>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 | 死亡労働者の生年月日 | 年 月 日 ( 歳)                |  |
|                     |    |       |    | 死亡年月日      | 年 月 日                     |  |
| ③<br>請求人            | 氏名 | 生年月日  | 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 |    |            |                           |  |
|                     |    | 年 月 日 |    |            |                           |  |
| ④ 添付する書類<br>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 〒 ー ー 電話( ) ー

請求人 住所  
 申請人 の  
 (代表者) 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<br>農協・漁協・信組 | 本店・本所<br>出張所<br>支店・支所<br>普通・当座 第 号<br>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) 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。)

|                |                      |    |               |
|----------------|----------------------|----|---------------|
| 社会保険士<br>労働記載欄 | 作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示 | 氏名 | 電話番号<br>( ) — |
|----------------|----------------------|----|---------------|

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

年 月 日  
(〒 — )

労働基準監督署長 殿

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<br>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<br>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 |                   |   |
|                   | 事業場の名称                                     |                   |                             |     |         |       |                   |   |
|                   | 事業場の所在地                                    | (〒 — )            |                             |     |         |       |                   |   |
|                   | 事業場の事業主の氏名<br>(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) |                   |                             |     |         |       |                   |   |
| ③<br>既に支給決定を受けている | 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             |   |
|                   |  | 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<br>損害賠償の内容                          | イ 損害賠償の形態<br>ロ 損害賠償の内訳が明らかでない場合<br>ハ 損害賠償の内訳が不明な場合 | イ 逸失利益<br>ロ 療養費<br>ハ 葬祭費用                | ① (a) 逸失利益額 | ② (b) 受領額                    | ③ (c) 算定基礎期間 | ④ (d) 備考   |  |
|                                       |  |  |             | ① (i) 受領済額<br>円              | 年 月 日        | ① (i) 厚生年金等公的年金の併給の有無・給付の種類<br>(有・無)<br>( )<br>② (ii) 受領予定額<br>円 |  |
|                                       |  |  |             | ② (ii) 受領予定額<br>円            | 年 月 日        |  |  |
|                                       |  |  |             | ① (a) 受領額                    | ② (b) 算定基礎期間 | ③ (c) 備考   |  |
|                                       |  |  |             | ① (i) 受領済額<br>円              | 年 月 日        |  |  |
|                                       |  |  |             | ② (ii) 受領予定額<br>円            | 年 月 日        |  |  |
|                                       |  |  |             | ① (a) 受領額                    | ② (b) 備考     |  |  |
|                                       |  |  |             | ① (i) 受領済額<br>円              |              |  |  |
|                                       |  |  |             | ② (ii) 受領予定額<br>円            |              |  |  |
|                                       |  |  |             | ① (a) 受領額                    | ② (b) 備考     |  |  |
|                                       | ① (i) 受領済額<br>円                                    | ① (i) 厚生年金等公的年金の併給の有無・給付の種類<br>(有・無) ( ) |             |                              |              |  |  |
|                                       | ② (ii) 受領予定額<br>円                                  | ② (ii) その他参考となる事項                        |             |                              |              |  |  |
|                                       | (ハ) 損害賠償受領年月日                                      |  |             | 年 月 日                        |              |  |  |
| ⑤<br>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                                       | (〒 )        | —                            | ( )          |  |  |
| ⑥<br>その他                              | ハ その他  |  |             |                              |              |  |  |
| 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                                   |             | (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)㉔……………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)㉕……………上記(4)の(イ)㉔㉕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 ㉖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 ㉗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、㉔欄、㉕欄及び㉖欄ロに必要事項を記載し、㉗欄には「年月日付届書に記載済」と記載すること。

|  |                      |     |      |
|--|----------------------|-----|------|
| 社<br>会<br>保<br>険<br>士<br>業<br>務<br>記<br>載<br>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 |
|  |                      | ( ) | —    |

様式第三十八号を次のように改める。



様式第 38 号

労働者災害補償保険  
特別給与に関する届

|  |       |       |
|--|-------|-------|
| ① 労働者の   | 氏名    | (男・女) |
|  | 生年月日  | 年 月 日 |
| ② 雇入   | 年 月 日 | 年 月 日 |
| ③ 負傷又は発病   | 年 月 日 | 年 月 日 |
| ④<br>支払年月日及び特別給与の額   | 年 月 日 | 円     |
|  |       |       |
|  |       |       |
|  |       |       |
|  |       |       |
|  |       |       |
|  |       |       |
|  |       |       |
| ①の者については、②から④までに記載したとおりであることを証明します。<br>事業の名称 _____<br>_____ 年 月 日 〒 _____ 電話 ( _____ ) _____<br>事業場の所在地 _____<br>事業主の氏名 _____<br>( 法人その他の団体であるときは、<br>その名称及び代表者の氏名 ) |       |       |

上記のとおり届けます。

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
 労働基準監督署長 殿

〒 \_\_\_\_\_ 電話 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

届出人の 住所 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_

〔注意〕

この届書には、負傷又は発病の日以前2年間(雇入後2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について記載すること。

|                    |                      |     |         |
|--------------------|----------------------|-----|---------|
| 社会保険<br>労務士<br>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 |
|                    |                      |     | ( ) -   |

(作業環境測定基準の一部改正)

第三条 作業環境測定基準(昭和五十一年労働省告示第四十六号)の一部を次のように改正する。  
様式第一号を次のように改める。



作業環境測定特例許可申請書

|                               |        |            |  |
|-------------------------------|--------|------------|--|
| 事業の種類                         | 事業場の名称 | 事業場の所在地    |  |
| 申請に係る単位作業場所における有害業務           | 作業の内容  | 従事労働者数     |  |
|                               |        | (うち年少者 ) ) |  |
| 申請に係る単位作業場所における測定対象物質の種類及び使用量 | 種類     | 使用量 (kg/月) |  |
|                               |        | (主成分 ) )   |  |

年 月 日

労働基準監督署長 殿

事業者職氏名

- 備考
- 1 「事業の種類」の欄は、日本標準産業分類の中分類により記入すること。
  - 2 「申請に係る単位作業場所における有害業務」及び「申請に係る単位作業場所における測定対象物質の種類及び使用量」の欄は、二以上の単位作業場所について申請を行う場合にあつては、単位作業場所ごとに記入すること。
  - 3 「種類」の欄は、当該物質の名称を記入すること。なお、申請に係る単位作業場所において、当該物質が有機溶剤又は特別有機溶剤を二種類以上含有する混合物として製造され、又は取り扱われる場合にあつては、「混合有機溶剤」と記入し、( )内に主成分の名称を記入すること。
  - 4 この申請書に記載しきれない事項については、別紙に記載して添付すること。

様式第二号を次のように改める。

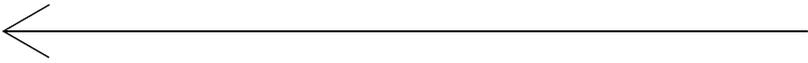




（障害者の雇用の促進等に関する法律施行令及び障害者の雇用の促進等に関する法律施行規則の規定に基づき厚生労働大臣が定める様式の一部改正）

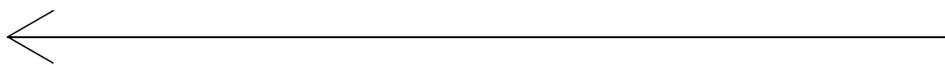
第四条 障害者の雇用の促進等に関する法律施行令及び障害者の雇用の促進等に関する法律施行規則の規定に基づき厚生労働大臣が定める様式（昭和五十一年労働省告示第百十二号）の一部を次のように改正する。

様式第六号の五を次のように改める。





様式第六号の七を次のように改める。



様式第 6 号の 7 (第 4 条の 3 第 1 項関係)

## 関係会社特例認定申請書

公共職業安定所長 殿

令和 年 月 日

(親事業主) \_\_\_\_\_、 (特例子会社) \_\_\_\_\_

及び (関係会社) \_\_\_\_\_ は、障害者の雇用の促進等に関する法律の規定に基づく障害者雇用率制度及び障害者雇用納付金制度の適用について、同法第 45 条第 1 項の認定を受けたく、障害者の雇用の促進等に関する法律施行規則第 8 条の 5 第 1 項の規定により、同条第 2 項の厚生労働大臣の定める様式による書面を添えて申請します。

### [注意]

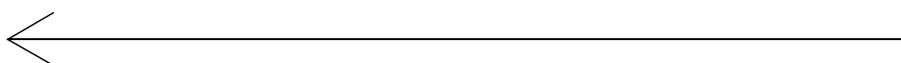
- 1 「特例子会社」とは、障害者の雇用の促進等に関する法律（以下「法」という。）第 44 条の特例に係る子会社をいい、「関係会社」とは、法第 45 条の特例に係る関係会社をいうこと。
- 2 個人である親事業主については当該親事業主の氏名を記入すること。
- 3 この申請書には、様式第 6 号の 8 のほか、様式第 6 号の 8（裏面）[注意]において添付することとされている関係書類を添付すること。

様式第六号の九を次のように改める。





様式第六号の十一を次のように改める。



## 特定事業主特例認定申請書

公共職業安定所長 殿

令和 年 月 日

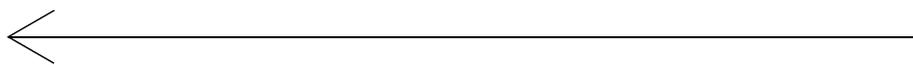
（事業協同組合等） 及び （特定事業主）

は、障害者の雇用の促進等に関する法律の規定に基づく障害者雇用率制度及び障害者雇用納付金制度の適用について、同法第45条の3第1項の認定を受けたく、障害者の雇用の促進等に関する法律施行規則第8条の7第1項の規定により、同条第2項の厚生労働大臣の定める様式による書面を添えて申請します。

### 〔注意〕

- 1 「事業協同組合等」及び「特定事業主」とは、障害者の雇用の促進等に関する法律第45条の3の特例に係る事業協同組合等及び特定事業主をいうこと。
- 2 この申請書には、様式第6号の12のほか、様式第6号の12（裏面）〔注意〕において添付することとされている関係書類を添付すること。

様式第七号の二を次のように改める。



様式第7号の2 (第5条の2関係)

在宅就業支援団体登録申請書

|   |                                |  |                    |       |       |
|---|--------------------------------|--|--------------------|-------|-------|
| 1 | 登録番号                           |  | 2                  | 登録年月日 | 年 月 日 |
| 3 | 申請法人の名称及びその代表者の氏名              |  |                    |       |       |
| 4 | 申請法人の住所                        |  | 電話( )              |       |       |
| 5 | 在宅就業障害者に係る業務を行う事業所の所在地         |  |                    |       |       |
| 6 | 実施業務の継続的な実施の対象となる在宅就業障害者の人数    |  |                    |       |       |
| 7 | 管理者以外の従事経験者の人数                 |  |                    |       |       |
| 8 | 専任の管理者の氏名                      |  |                    |       |       |
| 9 | 在宅就業障害者に係る業務以外の業務を実施しているか否かの区別 |  | (実施している。 実施していない。) |       |       |

年 月 日

収入  
印紙

厚生労働大臣 殿

備考

- 1 及び2の欄は、登録の更新を行う場合に限り、記入すること。
- 2 9の欄中( )内は、該当しない文字を抹消すること。
- 3 この申請書には、所定の登録免許税に相当する領収証書又は収入印紙を貼ること(登録の更新を行う場合は除く。)。その際、領収証書は裏面に貼ること。
- 4 収入印紙は、申請法人において消印しないこと。

様式第七号の三を次のように改める。



様式第7号の3 (第5条の3関係)

在宅就業支援団体登録事項変更届出書

|                           |       |         |
|---------------------------|-------|---------|
| 登 録 番 号                   |       |         |
| 在宅就業支援団体の名称及び<br>その代表者の氏名 |       |         |
| 在宅就業支援団体の住所               |       | 電 話 ( ) |
| 変<br>更<br>事<br>項          | 変 更 前 |         |
|                           | 変 更 後 |         |
| 変更しようとする年月日               |       |         |
| 変 更 の 理 由                 |       |         |

年 月 日

厚生労働大臣 殿

備考

- 1 在宅就業支援団体の代表者を変更する場合にあつては、変更後の代表者の略歴を記載した書面を添付すること。
- 2 この届出書に記載しきれない事項については、別紙に記載して添付すること。

様式第七号の四を次のように改める。



様式第7号の4 (第5条の4第1項関係)

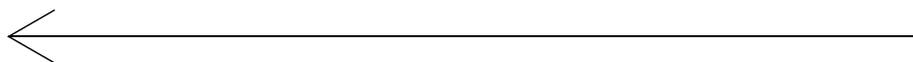
業務規程届出書

|             |                              |
|-------------|------------------------------|
| 登 録 番 号     |                              |
| 在宅就業支援団体の名称 |                              |
| 在宅就業支援団体の住所 | 電 話 (                      ) |
| 業務開始予定年月日   |                              |

年 月 日

厚生労働大臣 殿

様式第七号の五を次のように改める。



様式第7号の5 (第5条の4第2項関係)

業務規程変更届出書

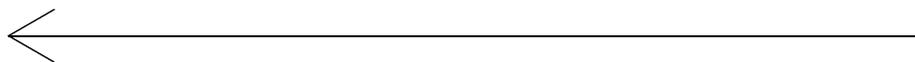
|                  |       |         |
|------------------|-------|---------|
| 登 録 番 号          |       |         |
| 在宅就業支援団体の名称      |       |         |
| 在宅就業支援団体の住所      |       | 電 話 ( ) |
| 変<br>更<br>事<br>項 | 変 更 前 |         |
|                  | 変 更 後 |         |
| 変更しようとする年月日      |       |         |
| 変 更 の 理 由        |       |         |

年 月 日

厚生労働大臣 殿

備考 この届出書に記載しきれない事項については、別紙に記載して添付すること。

様式第七号の六を次のように改める。



様式第7号の6 (第5条の5関係)

業務休廃止届出書

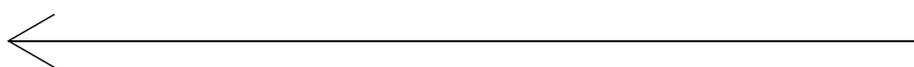
|   |                     |         |
|---|---------------------|---------|
| 1 | 登 録 番 号             |         |
| 2 | 在宅就業支援団体の名称         |         |
| 3 | 在宅就業支援団体の住所         | 電 話 ( ) |
| 4 | ( 休 止 ・ 廃 止 ) 年 月 日 |         |
| 5 | 休 止 の 期 間           |         |
| 6 | ( 休 止 ・ 廃 止 ) の 理 由 |         |

年 月 日

厚生労働大臣 殿

備考 4及び6の欄中 ( ) 内は、該当しない文字を抹消すること。

様式第七号の七を次のように改める。



在宅就業支援団体業務報告書

|   |                   |
|---|-------------------|
| 障害者の雇用の促進等に関する法律施行規則第36条の13の規定により、下記のとおり報告します。<br>令和 年 月 日 厚生労働大臣 殿 |                   |
| ① 登録番号  |                   |
| ② 在宅就業支援団体の名称及びその代表者の氏名   |                   |
| ③ 在宅就業支援団体の住所   | 電話（ ）             |
| ④ 法第74条の3第3項各号の規定に該当しているか否かの区別                                      | （該当している。該当していない。） |
| ⑤ 実施業務の具体的な内容   |                   |
| ⑥ 在宅就業障害者が実施する物品製造等業務の種類  |                   |
| ⑦ 実施業務の継続的な実施の対象となる在宅就業障害者の人数                                       | 名                 |
| ⑧ 管理者以外の従事経験者の氏名  |                   |
| ⑨ 専任の管理者の氏名   |                   |
| ⑩ 実施業務を行うために設置されている施設及び設備の概要  |                   |
| ⑪ 前年度における「業務契約に基づき事業主から支払われた金額の総額」                                  | 円                 |
| ⑫ 前年度における「在宅就業契約に基づき在宅就業障害者に支払った業務の対価の総額」                           | 円                 |
| ⑬ 前年度における「在宅就業障害者に係る業務に要する経費の総額」                                    | 円                 |
| ⑭ 前年度における「在宅就業障害者に支払った業務の対価の比率」<br>(⑫/⑪)                            | %                 |
| ⑮ 前年度における「在宅就業障害者に係る業務に要する経費の比率」<br>(⑬/(⑫+⑬))                       | %                 |
|   | 記入担当者氏名           |

## 様式第7号の7（裏面）

### [注意]

- 1 ④欄には、障害者の雇用の促進等に関する法律（以下「法」という。）第74条の3第3項各号の在宅就業支援団体の欠格事由に該当しているか否かについて、該当しない文字を抹消すること。
- 2 ⑤欄には、法第74条の3第4項第1号イからニまでに掲げる業務（以下「実施業務」という。）の具体的な内容を記載すること。
- 3 ⑥欄には、在宅就業障害者が実施する物品製造等業務（障害者の雇用の促進等に関する法律施行規則（以下「則」という。）第36条に規定する物品製造等業務をいう。）の全ての種類を、例えば「ホームページ作成」、「データ入力」のように具体的に記載すること。
- 4 ⑦欄には、本年4月1日現在において実施業務の継続的な実施の対象となる在宅就業障害者の人数を記載すること。
- 5 ⑧欄には、則第36条の3第1項第3号トに規定する管理者以外の従事経験者の氏名を2名以上記載すること。
- 6 ⑨欄には、法第74条の2第4項第3号の専任の管理者の氏名を記載すること。
- 7 ⑩欄には、実施業務を行うために必要な施設及び設備の具体的な内容（事務所、在宅就業障害者との連絡を行うための通信回線等）を記載すること。
- 8 ⑪欄には、前年度における、則第36条の5第1項第3号に規定する業務契約（以下「業務契約」という。）に基づき事業主から支払われた金額の総額を記載すること。なお、複数の事業主から金額が支払われた場合には、その金額の合計額を記載すること。
- 9 ⑫欄には、前年度における、法第74条の2第3項第2号に規定する在宅就業契約に基づき在宅就業障害者に対して支払った業務の対価の総額を記載すること。なお、複数の在宅就業障害者に対して業務の対価を支払った場合は、その金額の合計額を記載すること。
- 10 ⑬欄には、在宅就業支援団体が、在宅就業障害者に係る業務に要する経費（事務経費、機器貸出の賃借料等）として、「業務契約に基づき事業主から支払われた金額」から差引いた額の合計額を記載すること。
- 11 ⑭欄には、⑫を⑪で除して得た率を記載すること。なお、小数点以下第2位を四捨五入した数を記載すること。
- 12 ⑮欄には、⑬を「⑫に⑬を加えた数」で除して得た率を記載すること。なお、小数点以下第2位を四捨五入した数を記載すること。
- 13 所定の記載欄に記載することができない場合には、当該欄にその旨を記載し、別紙に所定の記載事項を記載の上、提出すること。

様式第七号の八を次のように改める。



(日本産業規格A列4)

様式第7号の8 (第5条の7関係)

基準適合事業主認定申請書

申請年月日 令和 年 月 日

都道府県労働局長 殿

(ふりがな)

事業主の氏名又は名称

(ふりがな)

(法人の場合) 代表者の氏名

主たる事業 (産業分類番号: )

(項目名: )

(事業の内容: )

住所 〒

電話番号

障害者の雇用の促進等に関する法律第77条第1項の認定を受けたいので、別紙書類を添えて申請します。

[注意]

- 1 「申請年月日」欄は、都道府県労働局長に基準適合事業主認定申請書を提出する年月日を記載すること。
- 2 事業主が法人の場合にあっては、「住所」欄については主たる事務所の所在地を、「電話番号」欄については主たる事務所の電話番号を記載すること。
- 3 「主たる事業」欄は、日本標準産業分類の中分類により、産業分類番号及びその項目名を記載し、加えて、例えば「ボール盤製造業」、「自動車ボデーのプレス加工」等のように当該事業の内容を詳しく記載すること。

(社内検定認定規程の一部改正)

第五条 社内検定認定規程(昭和五十九年労働省告示第八十八号)の一部を次のように改正する。

様式第一号を次のように改める。



様式第1号

社内検定認定申請書

職業能力開発促進法施行規則（昭和44年労働省令第24号）第71条の2第1項の認定を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

年 月 日

所在地

申請者

事業主名

厚生労働大臣殿

- 1 事業の種類
- 2 事業の内容
- 3 常用労働者数
- 4 資本金の額
- 5 認定を受けようとする社内検定の名称及び職種  
名称  
職種

様式第二号を次のように改める。



様式第2号

社内検定認定申請書

職業能力開発促進法施行規則（昭和44年労働省令第24号）第71条の2第1項の認定を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

年 月 日

所在地

申請者

団体名及び代表者の氏名

厚生労働大臣殿

- 1 団体の種類
- 2 団体設立年月日
- 3 団体構成員数
- 4 団体の行う事業の内容
- 5 団体構成員が雇用する常用労働者数
- 6 認定を受けようとする社内検定の名称及び職種  
名称  
職種

（妊娠中及び出産後の女性労働者が保健指導又は健康診査に基づく指導事項を守ることができ  
るようになるために事業主が講ずべき措置に関する指針の一部改正）

第六条 妊娠中及び出産後の女性労働者が保健指導又は健康診査に基づく指導事項を守ることができ  
るようになるために事業主が講ずべき措置に関する指針（平成九年労働省告示第百五号）の一部を  
次のように改正する。

別記様式を次のように改める。



別記様式

(表)  
母性健康管理指導事項連絡カード

令和 年 月 日

事業主殿

医療機関等名.....

医師等氏名.....

下記の1の者は、健康診査及び保健指導の結果、下記2～4の措置を講ずることが必要であると認めます。

記

1. 氏名等

|    |  |      |   |       |   |   |   |
|----|--|------|---|-------|---|---|---|
| 氏名 |  | 妊娠週数 | 週 | 分娩予定日 | 年 | 月 | 日 |
|----|--|------|---|-------|---|---|---|

2. 指導事項(該当する指導項目に○を付けてください。)

| 症状等                             |                      | 指導項目 | 標準措置                                      |
|---------------------------------|----------------------|------|---|
| つわり                             | 症状が著しい場合             |      | 勤務時間の短縮                                   |
| 妊娠悪阻                            |                      |      | 休業(入院加療)                                  |
| 妊娠貧血                            | Hb9g/dl 以上 11g/dl 未満 |      | 負担の大きい作業の制限又は勤務時間の短縮                      |
|                                 | Hb9g/dl 未満           |      | 休業(自宅療養)                                  |
| 子宮内胎児発育遅延                       | 軽症                   |      | 負担の大きい作業の制限又は勤務時間の短縮                      |
|                                 | 重症                   |      | 休業(自宅療養又は入院加療)                            |
| 切迫流産(妊娠 22 週未満)                 |                      |      | 休業(自宅療養又は入院加療)                            |
| 切迫早産(妊娠 22 週以後)                 |                      |      | 休業(自宅療養又は入院加療)                            |
| 妊娠浮腫                            | 軽症                   |      | 負担の大きい作業、長時間の立作業、同一姿勢を強制される作業の制限又は勤務時間の短縮 |
|                                 | 重症                   |      | 休業(入院加療)                                  |
| 妊娠蛋白尿                           | 軽症                   |      | 負担の大きい作業、ストレス・緊張を多く感じる作業の制限又は勤務時間の短縮      |
|                                 | 重症                   |      | 休業(入院加療)                                  |
| 妊娠高血圧症候群(妊娠中毒症)                 | 高血圧が見られる場合           | 軽症   | 負担の大きい作業、ストレス・緊張を多く感じる作業の制限又は勤務時間の短縮      |
|                                 |                      | 重症   | 休業(入院加療)                                  |
|                                 | 高血圧に蛋白尿を伴う場合         | 軽症   | 負担の大きい作業、ストレス・緊張を多く感じる作業の制限又は勤務時間の短縮      |
|                                 |                      | 重症   | 休業(入院加療)                                  |
| 妊娠前から持っている病気(妊娠により症状の悪化が見られる場合) | 軽症                   |      | 負担の大きい作業の制限又は勤務時間の短縮                      |
|                                 | 重症                   |      | 休業(自宅療養又は入院加療)                            |

(裏)

| 症 状 等                |                    | 指導項目     | 標 準 措 置   |
|----------------------|--------------------|----------|---|
| 妊娠中に<br>かかりやす<br>い病気 | 静脈瘤 <sup>ひびつ</sup> | 症状が著しい場合 | 長時間の立作業、同一姿勢を強制される作<br>業の制限又は横になったの休憩                             |
|                      | 痔                  | 症状が著しい場合 |   |
|                      | 腰痛症                | 症状が著しい場合 | 長時間の立作業、腰に負担のかかる作業、<br>同一姿勢を強制される作業の制限                            |
|                      | ぼうこうえん<br>膀胱炎      | 軽 症      | 負担の大きい作業、長時間作業場所を離れ<br>ることのできない作業、寒い場所での作業<br>の制限                 |
| 重 症                  |                    | 休業(入院加療) |   |
| 多胎妊娠(胎)              |                    |          | 必要に応じ、負担の大きい作業の制限又は<br>勤務時間の短縮<br>多胎で特殊な例又は三胎以上の場合、特<br>に慎重な管理が必要 |
| 産後の回復不全              |                    | 軽 症      | 負担の大きい作業の制限又は勤務時間の<br>短縮  |
|                      |                    | 重 症      | 休業(自宅療養)  |

標準措置と異なる措置が必要である等の特記事項があれば記入してください。

|  |
|--|
|  |
|--|

3. 上記2の措置が必要な期間  
(当面の予定期間に○を付けてください。)

|                 |  |
|-----------------|--|
| 1週間( 月 日 ~ 月 日) |  |
| 2週間( 月 日 ~ 月 日) |  |
| 4週間( 月 日 ~ 月 日) |  |
| その他( )          |  |

4. その他の指導事項  
(措置が必要である場合は○を付けてください。)

|              |  |
|--------------|--|
| 妊娠中の通勤緩和の措置  |  |
| 妊娠中の休憩に関する措置 |  |

[記入上の注意]

(1) 「4. その他の指導事項」の「妊娠中の通勤緩和の措置」欄には、交通機関の混雑状況及び妊娠経過の状況に鑑み、措置が必要な場合、○印をご記入下さい。

(2) 「4. その他の指導事項」の「妊娠中の休憩に関する措置」欄には、作業の状況及び妊娠経過の状況に鑑み、休憩に関する措置が必要な場合、○印をご記入下さい。

## 指導事項を守るための措置申請書

上記のとおり、医師等の指導事項に基づく措置を申請します。

令和 年 月 日

所 属.....  
氏 名.....

事業主 殿

この様式の「母性健康管理指導事項連絡カード」の欄には医師等が、また、「指導事項を守るための措置申請書」の欄には女性労働者が記入してください。

（感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律施行規則第二十九条第三項第一号及び第二号の規定に基づき厚生労働大臣が定める書類の一部改正）

第七条 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律施行規則第二十九条第三項第一号及び第二号の規定に基づき厚生労働大臣が定める書類（平成十六年厚生労働省告示第三百三十七号）の一部を次の表のように改正する。

| 改正後   | 改正前  |
|---|--|
| <p>一 (略)</p> <p>二 規則第二十九条第三項第二号に規定する書類は、イ又はロに掲げるものとする。</p> <p>イ 届出者の名称、主たる事務所の所在地及び代表者の氏名が記載されている法人の登記事項証明書(届出の日前一年以内に作成されたものに限る。以下同じ。)</p> <p>ロ (略)</p> <p>三 代理人が届出を行う場合にあつては、規則第二十九条第三項第一号又は第二号に規定する書類は、イ又はロに掲げるものとする。</p> <p>イ 本人及び代理人に係る一又は二に規定する書類及び委任状</p> <p>ロ 本人に係る一又は二に規定する書類及び委任状</p> | <p>一 (略)</p> <p>二 規則第二十九条第三項第二号に規定する書類は、イ又はロに掲げるものとする。</p> <p>イ 届出者の名称、主たる事務所の所在地及び代表者の氏名が記載されている法人の登記事項証明書(届出の日前一年以内に作成されたものに限る。以下同じ。)並びに届出書に押印された印鑑に係る印鑑登録証明書(届出の日前一年以内に作成されたものに限る。)</p> <p>ロ (略)</p> <p>三 代理人が届出を行う場合にあつては、規則第二十九条第三項第一号又は第二号に規定する書類は、イ又はロに掲げるものとする。</p> <p>イ 本人及び代理人に係る一又は二に規定する書類並びに委任状(本人が署名又は記名押印したものに限り。)</p> <p>ロ 本人に係る一又は二に規定する書類並びに委任状(本人が記名押印したものに限り。)</p> <p>及び当該委任状に押印された印鑑に係る印鑑登録証明書(届出の日前一年以内に作成されたものに限る。)</p> |

（保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等の一部改正）

第八条 保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等（平成十八年厚生労働省告示第四百九十八号）の一部を次の表のように改正する。

(傍線部分は改正部分)

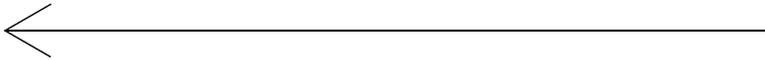
| 改正後   | 改正前   |
|---|---|
| <p>一〇十 (略)</p> <p>十一 健康保険法(大正十一年法律第七十号)第六十三条第二項第四号及び高齢者の医療の確保に関する法律(昭和五十七年法律第八十号)第六十四条第二項第四号に規定する患者申出療養の申出に係る書類等</p> <p>(1)・(2) (略)</p> <p>(3) (2)ハの意見書には、臨床研究中核病院の開設者及び(2)ニの説明を行った保険医の氏名を記載すること。</p> | <p>一〇十 (略)</p> <p>十一 健康保険法(大正十一年法律第七十号)第六十三条第二項第四号及び高齢者の医療の確保に関する法律(昭和五十七年法律第八十号)第六十四条第二項第四号に規定する患者申出療養の申出に係る書類等</p> <p>(1)・(2) (略)</p> <p>(3) (2)ハの意見書には、臨床研究中核病院の開設者及び(2)ニの説明を行った保険医において、記名及び押印をすること。</p> |

（療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令第七条第三項の規定に基づき厚生労働大臣が定める様式の一部改正）

第九条 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令第七条第三項の規定に基づき厚生労働大臣が定める様式（平成二十年厚生労働省告示第百二十六号）の一部を次のように改正する。

様式第一及び様式第四中「五」を削る。

様式第六を次のように改める。



令和 年 月 分

診療報酬請求書(医科・歯科)

保険者

医療機関  
コード

(別 記) 殿  
下記のとおりに請求する。  
令和 年 月 日

保険医療機関の  
所在地及び名称  
開設者氏名

国民健康保険

|           |     | 療養の給付 |       |    |       | 食事療養・生活療養 |    |    |       |
|-----------|-----|-------|-------|----|-------|-----------|----|----|-------|
|           |     | 件数    | 診療実日数 | 点数 | 一部負担金 | 件数        | 回数 | 金額 | 標準負担額 |
| 一般(七〇歳以上) | 請求  | 入院    |       |    | 円     |           |    | 円  | 円     |
|           |     | 入院外   |       |    |       | /         | /  | /  | /     |
|           | ※決定 | 入院    |       |    |       |           |    |    |       |
|           |     | 入院外   |       |    |       | /         | /  | /  | /     |
| 一般(七〇歳以上) | 請求  | 入院    |       |    |       |           |    |    |       |
|           |     | 入院外   |       |    |       | /         | /  | /  | /     |
|           | ※決定 | 入院    |       |    |       |           |    |    |       |
|           |     | 入院外   |       |    |       | /         | /  | /  | /     |
| 一般被保険者    | 請求  | 入院    |       |    |       |           |    |    |       |
|           |     | 入院外   |       |    |       | /         | /  | /  | /     |
|           | ※決定 | 入院    |       |    |       |           |    |    |       |
|           |     | 入院外   |       |    |       | /         | /  | /  | /     |
| 一般(六歳)    | 請求  | 入院    |       |    |       |           |    |    |       |
|           |     | 入院外   |       |    |       | /         | /  | /  | /     |
|           | ※決定 | 入院    |       |    |       |           |    |    |       |
|           |     | 入院外   |       |    |       | /         | /  | /  | /     |
| 退職(本人)    | 請求  | 入院    |       |    |       |           |    |    |       |
|           |     | 入院外   |       |    |       | /         | /  | /  | /     |
|           | ※決定 | 入院    |       |    |       |           |    |    |       |
|           |     | 入院外   |       |    |       | /         | /  | /  | /     |
| 退職(被扶養者)  | 請求  | 入院    |       |    |       |           |    |    |       |
|           |     | 入院外   |       |    |       | /         | /  | /  | /     |
|           | ※決定 | 入院    |       |    |       |           |    |    |       |
|           |     | 入院外   |       |    |       | /         | /  | /  | /     |
| 退職(六歳)    | 請求  | 入院    |       |    |       |           |    |    |       |
|           |     | 入院外   |       |    |       | /         | /  | /  | /     |
|           | ※決定 | 入院    |       |    |       |           |    |    |       |
|           |     | 入院外   |       |    |       | /         | /  | /  | /     |

注意 ※印の欄は記入しないこと。

備考 この用紙は、A列4番とすること。

公費負担医療

|             |     | 療 養 の 給 付 |           |     |           | 食 事 療 養 ・ 生 活 療 養 |     |     |                      |
|-------------|-----|-----------|-----------|-----|-----------|-------------------|-----|-----|----------------------|
|             |     | 件 数       | 診 療 実 日 数 | 点 数 | 一 部 負 担 金 | 件 数               | 回 数 | 金 額 | 標 準 負 担 額<br>(公 費 分) |
| 請<br>求      | 入院  |           |           |     | 円         |                   |     | 円   | 円                    |
|             | 入院外 |           |           |     |           | /                 | /   | /   | /                    |
| ※<br>決<br>定 | 入院  |           |           |     |           |                   |     |     |                      |
|             | 入院外 |           |           |     |           | /                 | /   | /   | /                    |
| 請<br>求      | 入院  |           |           |     |           |                   |     |     |                      |
|             | 入院外 |           |           |     |           | /                 | /   | /   | /                    |
| ※<br>決<br>定 | 入院  |           |           |     |           |                   |     |     |                      |
|             | 入院外 |           |           |     |           | /                 | /   | /   | /                    |

備 考

|        |        |    |   |     |    |   |
|--------|--------|----|---|-----|----|---|
| ※高額療養費 | 一般被保険者 | 件数 |   | 退職者 | 件数 |   |
|        |        | 金額 | 円 |     | 金額 | 円 |

注意 ※印の欄は記入しないこと。

備考 この用紙は、A列4番とすること。

様式第七を次のように改める。



令和 年 月 分

調剤報酬請求書

保 険 者

(別 記) 殿

薬局コード \_\_\_\_\_

下記のとおり請求する。

保 険 薬 局 の  
所在地及び名称  
開設者氏名

令和 年 月 日

|        |                             | 件数   | 処方せん<br>受付回数 | 点 数 | 一部負担金 | 備考 |  |
|--------|-----------------------------|------|--------------|-----|-------|----|--|
| 国民健康保険 | 一般被保険者<br>(70歳以上一般・<br>低所得) | 請求   |              |     |       |    |  |
|        |                             | ※決定  |              |     |       |    |  |
|        | 一般被保険者<br>(70歳以上7割)         | 請求   |              |     |       |    |  |
|        |                             | ※決定  |              |     |       |    |  |
|        | 一般被保険者                      | 請求   |              |     |       |    |  |
|        |                             | ※決定  |              |     |       |    |  |
|        | 一般被保険者<br>(6歳)              | 請求   |              |     |       |    |  |
|        |                             | ※決定  |              |     |       |    |  |
|        | 退職者                         | 本人   | 請求           |     |       |    |  |
|        |                             |      | ※決定          |     |       |    |  |
|        |                             | 被扶養者 | 請求           |     |       |    |  |
|        |                             |      | ※決定          |     |       |    |  |
| 6歳     |                             | 請求   |              |     |       |    |  |
|        |                             | ※決定  |              |     |       |    |  |

|        |  |     |  |  |  |  |
|--------|--|-----|--|--|--|--|
| 公費負担医療 |  | 請求  |  |  |  |  |
|        |  | ※決定 |  |  |  |  |
|        |  | 請求  |  |  |  |  |
|        |  | ※決定 |  |  |  |  |
|        |  | 請求  |  |  |  |  |
|        |  | ※決定 |  |  |  |  |

|        |        |    |   |     |    |   |
|--------|--------|----|---|-----|----|---|
| ※高額療養費 | 一般被保険者 | 件数 |   | 退職者 | 件数 |   |
|        |        | 金額 | 円 |     | 金額 | 円 |

注意 ※印の欄は記入しないこと。

備考 この用紙は、A列4番とすること。

様式第八を次のように改める。



令和 年 月 分

診療報酬請求書（医科・歯科）

各広域連合 殿

医療機関  
コード

下記のとおり請求する。

令和 年 月 日

保険医療機関の  
所在地及び名称  
開設者氏名

後期高齢者医療

|                            |             | 療 養 の 給 付 |       |     |       | 食 事 療 養 ・ 生 活 療 養 |     |     |       |
|----------------------------|-------------|-----------|-------|-----|-------|-------------------|-----|-----|-------|
|                            |             | 件 数       | 診療実日数 | 点 数 | 一部負担金 | 件 数               | 回 数 | 金 額 | 標準負担額 |
| 後<br>九<br>期<br>割<br>高<br>齢 | 請<br>求      | 入 院       |       |     | 円     |                   |     | 円   | 円     |
|                            |             | 入 院 外     |       |     |       |                   |     |     |       |
|                            | ※<br>決<br>定 | 入 院       |       |     |       |                   |     |     |       |
|                            |             | 入 院 外     |       |     |       |                   |     |     |       |
| 後<br>七<br>期<br>割<br>高<br>齢 | 請<br>求      | 入 院       |       |     |       |                   |     |     |       |
|                            |             | 入 院 外     |       |     |       |                   |     |     |       |
|                            | ※<br>決<br>定 | 入 院       |       |     |       |                   |     |     |       |
|                            |             | 入 院 外     |       |     |       |                   |     |     |       |

公費負担医療

|  |             | 療 養 の 給 付 |       |     |       | 食 事 療 養 ・ 生 活 療 養 |     |     |                |
|--|-------------|-----------|-------|-----|-------|-------------------|-----|-----|----------------|
|  |             | 件 数       | 診療実日数 | 点 数 | 一部負担金 | 件 数               | 回 数 | 金 額 | 標準負担額<br>(公費分) |
|  | 請<br>求      | 入 院       |       |     | 円     |                   |     | 円   | 円              |
|  |             | 入 院 外     |       |     |       |                   |     |     |                |
|  | ※<br>決<br>定 | 入 院       |       |     |       |                   |     |     |                |
|  |             | 入 院 外     |       |     |       |                   |     |     |                |
|  | 請<br>求      | 入 院       |       |     |       |                   |     |     |                |
|  |             | 入 院 外     |       |     |       |                   |     |     |                |
|  | ※<br>決<br>定 | 入 院       |       |     |       |                   |     |     |                |
|  |             | 入 院 外     |       |     |       |                   |     |     |                |

備 考

|        |    |   |
|--------|----|---|
| ※高額療養費 | 件数 |   |
|        | 金額 | 円 |

注意 ※印の欄は記入しないこと。

備考 この用紙は、A列4番とすること。

様式第九を次のように改める。



令和 年 月分 調剤報酬請求書

保険者  
各広域連合 殿

薬局コード \_\_\_\_\_

下記のとおり請求する。

保険薬局の  
所在地及び名称  
開設者氏名

令和 年 月 日

|         |        | 件数  | 処方せん<br>受付回数 | 点数 | 一部負担金 | 備考 |
|---------|--------|-----|--------------|----|-------|----|
| 後期高齢者医療 | 後期高齢9割 | 請求  |              |    |       |    |
|         |        | ※決定 |              |    |       |    |
|         | 後期高齢7割 | 請求  |              |    |       |    |
|         |        | ※決定 |              |    |       |    |
| 公費負担医療  |        | 請求  |              |    |       |    |
|         |        | ※決定 |              |    |       |    |
|         |        | 請求  |              |    |       |    |
|         |        | ※決定 |              |    |       |    |
|         |        | 請求  |              |    |       |    |
|         |        | ※決定 |              |    |       |    |

|        |    |   |
|--------|----|---|
| ※高額療養費 | 件数 |   |
|        | 金額 | 円 |

注意 ※印の欄は記入しないこと。

備考 この用紙は、A列4番とすること。

(訪問看護療養費及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令第二条の規定に基づき厚生労働大臣が定める様式及び国立ハンセン病療養所等死没者改葬費支給規程の一部改正)

第十条 次に掲げる告示の規定中「五」を削る。

- 一 訪問看護療養費及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令第二条の規定に基づき厚生労働大臣が定める様式(平成二十年厚生労働省告示第二百二十七号)様式第一から様式第三まで
- 二 国立ハンセン病療養所等死没者改葬費支給規程(平成二十一年厚生労働省告示第二百三十八号)様式第一号

(職務経歴等記録書の様式を定める件の全部を改正する件の一部改正)

第十一条 職務経歴等記録書の様式を定める件の全部を改正する件(平成三十年厚生労働省告示第二百二十七号)の一部を次のように改正する。

様式二(第二面)を次のように改める。





様式三―三―一―一、様式三―三―一―二、様式三―三―三及び様式三―三―四中「五」を削る。

(ハンセン病患者家族等問題解決促進特別一時金支給規程の一部改正)

第十二条 ハンセン病患者家族等問題解決促進特別一時金支給規程(令和元年厚生労働省告示第百七十三号)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  |
|--|--|
| <p>(請求書の提出)<br/>第五条 (略)</p> <p>2 前項の請求書には、次に掲げる書類を添えなければならない。<br/>この場合において、当該書類が日本語で作成されていないものであるときは、当該書類に日本語の翻訳文を添えなければならない。</p> <p>一〇七 (略)</p> | <p>(請求書の提出)<br/>第五条 (略)</p> <p>2 前項の請求書には、請求をしようとする者が署名又は記名押印をするとともに、次に掲げる書類を添えなければならない。この場合において、当該書類が日本語で作成されていないものであるときは、当該書類に日本語の翻訳文を添えなければならない。</p> <p>一〇七 (略)</p> |

## 附 則

### (適用期日)

第一条 この告示は、告示の日から適用する。

### (様式に関する経過措置)

第二条 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。

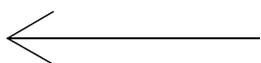
2 この告示の適用の際現にある旧様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

### (作業環境評価基準等の一部を改正する告示の一部改正)

第三条 作業環境評価基準等の一部を改正する告示（令和二年厚生労働省告示第百九十二号）の一部を次のように改正する。

第四条中作業環境測定基準様式第二号の改正規定を次のように改める。

様式第二号を次のように改める。



作業環境測定結果摘要書

| 測定対象物の名称    |                |                |                | (主成分)          |           |           |                            |          |          |                   |      |
|-------------|----------------|----------------|----------------|----------------|-----------|-----------|----------------------------|----------|----------|-------------------|------|
|             |                |                |                | 整理番号           |           |           |                            |          |          |                   |      |
| 測定実施<br>年月日 | 一日目の測定         |                | 二日目の測定         |                | 第一評<br>価値 | 第二評<br>価値 | B測<br>定値<br>又は<br>D測<br>定値 | 管理<br>濃度 | 管理<br>区分 | 作業環境測定士又は作業環境測定機関 |      |
|             | M <sub>1</sub> | σ <sub>1</sub> | M <sub>2</sub> | σ <sub>2</sub> |           |           |                            |          |          | 氏名又は名称            | 登録番号 |
|             |                |                |                |                |           |           |                            |          |          |                   |      |
|             |                |                |                |                |           |           |                            |          |          |                   |      |
|             |                |                |                |                |           |           |                            |          |          |                   |      |
|             |                |                |                |                |           |           |                            |          |          |                   |      |
|             |                |                |                |                |           |           |                            |          |          |                   |      |
|             |                |                |                |                |           |           |                            |          |          |                   |      |

- 備考
- 1 本摘要書は、単位作業場所ごとに記入すること。
  - 2 「整理番号」の欄は、二以上の単位作業場所について申請を行う場合にあつては、各々に作業環境測定特例許可申請書(様式第1号)に記入した単位作業場所の順に整理番号を付すること。
  - 3 「測定対象物の名称」の欄は、当該物質の名称を記入すること。なお、申請に係る単位作業場所において、当該物質が有機溶剤又は特別有機溶剤を二種類以上含有する混合物として製造され、又は取り扱われる場合にあつては、「混合有機溶剤」と記入し、( )内に主成分の名称を記入すること。
  - 4 「一日目の測定」及び「二日目の測定」の欄中M<sub>1</sub>及びM<sub>2</sub>はA測定又はC測定値の幾何平均値をσ<sub>1</sub>及びσ<sub>2</sub>はA測定又はC測定値の測定値の幾何標準偏差をそれぞれ記入すること。なお、「二日目の測定」の欄は、当該測定を行わない場合には記入を要しないこと。
  - 5 「B測定値又はD測定値」の欄は、B測定値又はD測定値が二以上ある場合には、そのうちの最大値を記入すること。なお、「B測定値又はD測定値」の欄は、当該測定を行わない場合には記入を要しないこと。