

様式第5号(裏面)

| | |
|----------------|--|
| ⑫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) 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 (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 | |

[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 ⑫「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 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 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 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 |
| | | | () — |