労災保険

療養(補償)等給付の請求手続

厚生労働省･都道府県労働局･労働基準監督署

労働者が、業務または通勤が原因で負傷したり、病気にかかって療養を必要とするとき、療養補償給付（業務災害の場合）、複数事業労働者療養給付（複数業務要因災害の場合）または療養給付（通勤災害の場合）が支給されます。

療養（補償）等給付には、「療養の給付」と「療養の費用の支給」とがあります。

給付の内容

●「療養の給付」は、労災病院や労災保険指定医療機関・薬局等（以下「指定医療機関等」といいます）で、無料で治療や薬剤の支給などを受けられます（これを現物給付といいます）。

●「療養の費用の支給」は、近くに指定医療機関等がないなどの理由で、指定医療機関等以外の医療機関や薬局等で療養を受けた場合に、その療養にかかった費用を支給する現金給付です。

給付の対象となる療養の範囲や期間はどちらも同じです。
療養（補償）等給付は、治療費、入院料、移送費など通常療養のために必要なものが含まれ、傷病が治ゆ（症状固定）するまで行われます。

※「治ゆ」とは

療養（補償）等給付は、傷病が治ゆするまで行われますが、労災保険における「治ゆ」とは、身体の諸器官・組織が健康時の状態に完全に回復した状態のみをいうものではなく、傷病の症状が安定し、医学上一般に認められた医療(注1)を行ってもその医療効果が期待できなくなった状態(注2)（「症状固定」の状態）をいいます。

したがって、「傷病の症状が、投薬・理学療法等の治療により一時的な回復がみられるにすぎない場合」など症状が残存している場合であっても、医療効果が期待できないと判断される場合には、労災保険では「治ゆ」（症状固定）として、療養（補償）等給付を支給しないこととなっています。

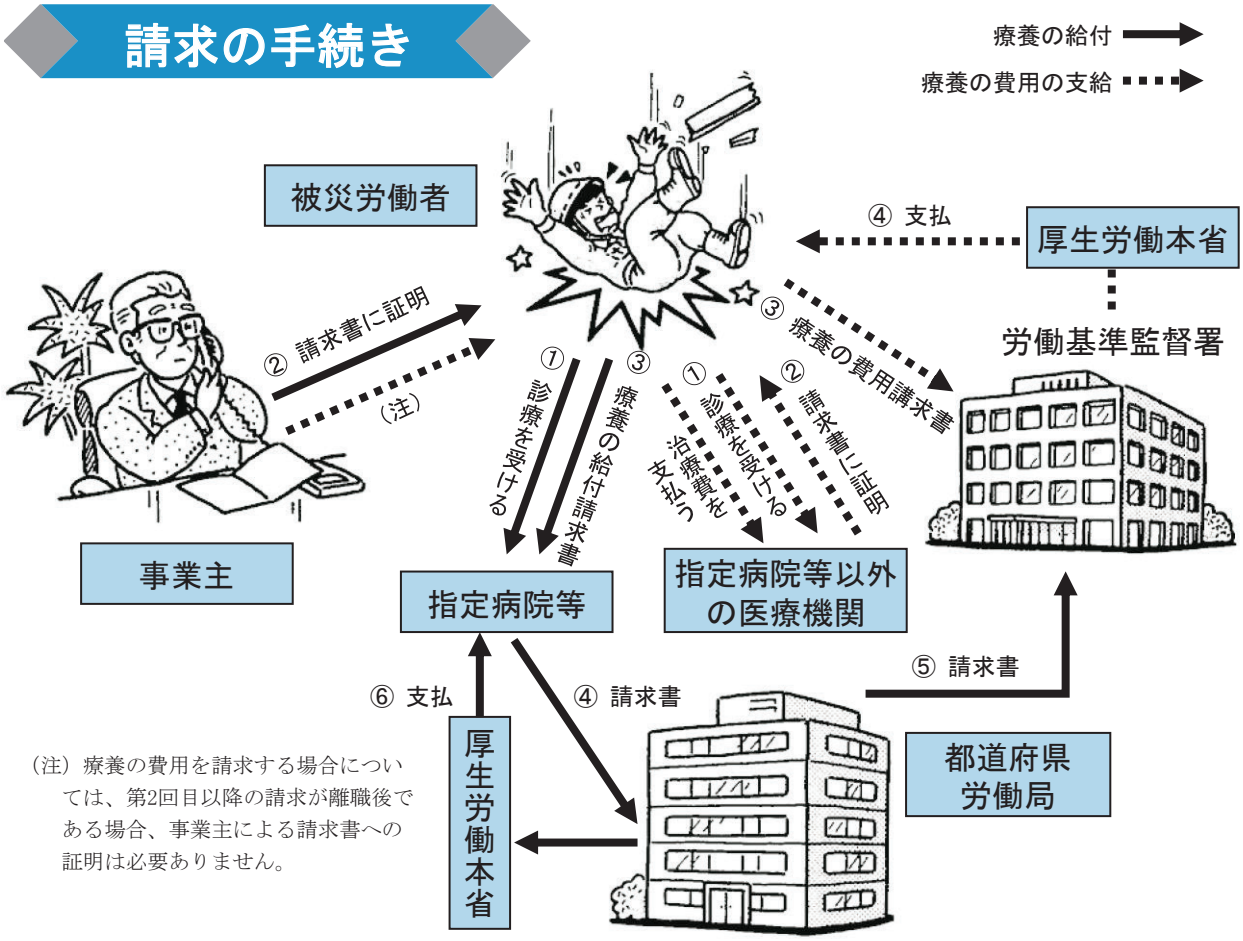
なお、せき髄損傷、頭頸部外傷症候群等、慢性肝炎などの傷病にり患（かん）した方に対しては「治ゆ」（症状固定）後においても後遺症状が変化したり、後遺障害に付随する疾病を発症させるおそれがあるので予防その他の保健上の措置として診察、保健指導、保健のための薬剤の支給などを行う「アフターケア」を実施しています。

このアフターケアは、都道府県労働局長が交付する「アフターケア手帳」を労災病院、医療リハビリテーションセンター、総合せき損センター、多くの労災保険指定医療機関に提示することにより、無料で受けることができます。

（注1）「医学上一般に認められた医療」とは、労災保険の療養の範囲（基本的には、健康保険に準拠しています）として認められたものをいいます。したがって、実験段階または研究的過程にあるような治療方法は、ここにいう医療には含まれません。

（注2）「医療効果が期待できなくなった状態」とは、その傷病の症状の回復・改善が期待できなくなった状態をいいます。

請求の手続き



（注）療養の費用を請求する場合については、第2回目以降の請求が離職後である場合、事業主による請求書への証明は必要ありません。

●療養の給付を請求する場合

療養を受けている指定医療機関等を経由して、所轄の労働基準監督署長に、「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請求書」（様式第5号）または「療養給付たる療養の給付請求書」（様式第16号の3）を提出してください。

●療養の費用を請求する場合

所轄の労働基準監督署長に、「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」（様式第7号）または「療養給付たる療養の費用請求書」（様式第16号の5）を提出してください。

なお、薬局から薬剤の支給を受けた場合には様式第7号（2）または様式第16号の5（2）を、柔道整復師から手当を受けた場合には様式第7号（3）または様式第16号の5（3）を、はり師・きゅう師、あん摩マッサージ指圧師から手当を受けた場合には様式第7号（4）または様式第16号の5（4）を、訪問看護事業者から訪問看護を受けた場合には様式第7号（5）または様式第16号の5（5）を、提出してください。

●指定医療機関等を変更するとき

すでに指定医療機関等で療養の給付を受けている方が、帰郷などの理由で他の指定医療機関等に変更するときは、変更後の指定医療機関等を経由して所轄の労働基準監督署長に、「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」（様式第6号）または「療養給付たる療養の給付を受ける指定病院等（変更）届」（様式第16号の4）を提出してください。

※なお、非指定医療機関等で療養を受けている方が、指定医療機関等に変更するときは、様式第6号および様式第16号の4の提出は必要ありません。様式第5号または様式第16号の3をご提出ください。

●被災労働者が様式第7号（様式16号の5）を提出する際に必要な資料

療養の費用は、被災労働者本人が治療などに要した費用を病院などに支払った後に、被災労働者本人に支給する現金給付のため、原則、被災労働者本人が支払ったことが分かる領収書等を添付してください。

その他、必要な添付書類は以下のとおりです。ただし、以下の書類以外にも、必要とする書類を提出していただく場合があります。

こういうときは	添付書類
看護・移送等に要した費用がある場合	その費用についての明細書と看護・移送等をした者の請求書または領収書
はり・きゅうまたはマッサージの施術を受けた場合	(1) はり・きゅうの施術を受けた場合 初療の日及び初療の日から６か月を経過した日の請求書に、医師の診断書を添付してください。また、初療の日から９か月を経過する場合は、はり師またはきゅう師の意見書及び症状経過表、さらに医師の診断書、意見書を添付してください。 (2) マッサージの施術を受けた場合 初療の日及び初療の日から６か月を経過した日並びに６か月を経過した日以降３か月ごとの請求書に、医師の診断書を添付してください。

通院費について

通院費については、被災労働者の居住地または勤務先から、原則、片道２km以上（注1）の通院であって、次の①から③のいずれかに該当する場合に支給対象となります。

① 同一市町村内の適切な医療機関（注2）へ通院したとき。

② 同一市町村内に適切な医療機関がないため、隣接する市町村内の医療機関へ通院したとき（同一市町村内に適切な医療機関があっても、隣接する市町村内の医療機関の方が通院しやすいとき等も含まれます）。

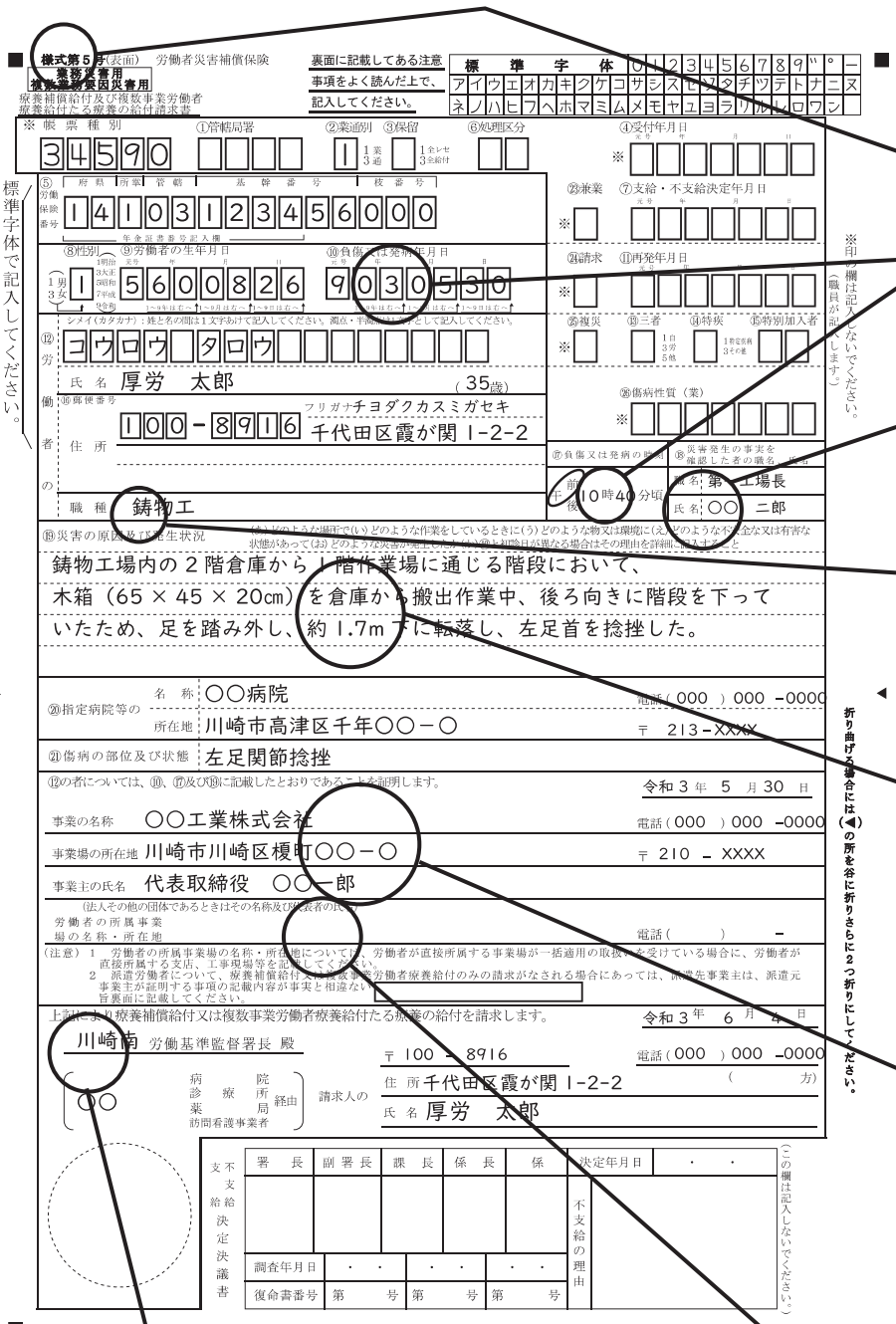
③ 同一市町村内にも隣接する市町村内にも適切な医療機関がないため、それらの市町村を超えた最寄りの医療機関へ通院したとき。

（注1）片道２km未満であっても、通院費の支給対象となる場合があります。
（注2）適切な医療機関とは、傷病の診療に適した医療機関をいいます。

請求に関する時効

療養の給付については現物給付であることから、請求権の時効は問題とはなりませんが、療養の費用は、費用の支出が確定した日の翌日から２年を経過すると、時効により請求権が消滅しますのでご注意ください。

療養の給付請求書記入例



この用紙には災害の発生した事業場または主に負荷があったと考える事業場について記載してください。

通勤災害の場合は様式第16号の3

事故の発生日時または発病の日時を午前・午後を含め正確に記入してください。

災害発生の事実を確認した方の職名、氏名を記入してください。該当者がいない場合は、災害発生の報告を受けた事業場の方の職名、氏名を記入してください。

職種はなるべく具体的に、作業内容がわかるように記入してください。

（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）どのような物または環境に、（え）どのような不安全または有害な状態があって、（お）どのような災害が発生したかをわかりやすく記入してください。負傷又は発病年月日と初診日が異なる場合はその理由も記入してください。

事業主の証明が必要です。支店長等が事業主の代理人として選任されている場合、当該支店長等の証明を受けてください。
ただし、働いていた会社が廃止されている場合や、会社が事業主証明を拒否するなど、事業主証明が得られない場合であっても労災請求はできますので、最寄りの都道府県労働局または労働基準監督署にご相談ください。

直接所属している事業場が上欄の事業場と異なる（一括適用の取扱いをしている支店、工場、工事現場等）場合に記入します。

直接所属している事業場を管轄している労働基準監督署名を記入します。

様式第５号(裏面)

㉒その他就業先の有無	
有　有の場合のその数 (ただし表面の事業場を含まない) 無　社	有の場合でいずれかの事業で特別加入している場合の特別加入状況 (ただし表面の事業を含まない) 労働保険事務組合又は特別加入団体の名称
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　⑱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　㉒「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⑲)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
			(　)　—

複数の事業場で就業されている場合、「有」に○をつけ、事業場数を記入してください。

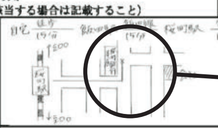
複数の事業場で就業されている場合で、かつ特別加入している場合に記入してください。

派遣労働者の方で、療養（補償）等給付のみの請求である場合には、派遣先事業主から、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ことの証明を受けてください。

通勤災害の場合

様式第16号の3（裏面）

通勤災害に関する事項

(イ) 災害時の通勤の種別（該当する記号を記入）	イ	イ．住居から就業の場所への移動 ハ．就業の場所から他の就業の場所への移動 ニ．イに先行する住居間の移動	ロ．就業の場所から住居への移動 ホ．ロに接続する住居間の移動
(ロ) 負傷又は発病の年月日及び時刻		令和3年 6月 17日 午前 8時 45分頃	
(ハ) 災害発生の場所	飯田市桜町〇丁目 桜町銀行本店前市道	(ニ) 就業の場所（災害時の通勤の種別がハに該当する場合は移動の終点たる就業の場所）	飯田市 桜町〇丁目
(ホ) 就業開始の予定年月日及び時刻（災害時の通勤の種別がイ、ハ又はニに該当する場合は記載すること）		令和3年 6月 17日 午前 9時 00分頃	
(ヘ) 住居を離れた年月日及び時刻（災害時の通勤の種別がイ、ニ又はホに該当する場合は記載すること）		令和3年 6月 17日 午前 8時 00分頃	
(ト) 就業終了の年月日及び時刻（災害時の通勤の種別がロ、ハ又はホに該当する場合は記載すること）		年 月 日 午 前後 時 分頃	
(チ) 就業の場所を離れた年月日及び時刻（災害時の通勤の種別がロ又はハに該当する場合は記載すること）		年 月 日 午 前後 時 分頃	
(リ) 災害時の通勤の種別に関する移動の通常の経路、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 50分］	
(ヌ) 災害の原因及び発生状況 (あ)どのような場所を (い)どのような方法で移動している際に (う)どのような物で又はどのような状況において (え)どのようにして災害が発生したか (お)⑲との初診日が異なる場合はその理由を簡明に記載すること	JR桜町駅から会社まで徒歩で出勤中、桜町〇丁目桜町銀行本店前の市道で道路の縁石につまづき、転倒し、左手首を骨折した。		
(ル) 現認者の 住所	飯田市桜町〇-〇		
(ル) 現認者の 氏名	〇〇ヒサ	電話(0000)00－0000	
(ヲ) 転任の事実の有無（災害時の通勤の種別がニ又はホに該当する場合）	有 ・ 無	(ワ) 転任直前の住居に係る住所	

㉒その他就業先の有無		
有 無	有の場合のその数（ただし表面の事業場を含まない） 社	有の場合でいずれかの事業で特別加入している場合の特別加入状況（ただし表面の事業を含まない） 労働保険事務組合又は特別加入団体の名称
労働保険番号（特別加入）		加入年月日 年 月 日

［項目記入に当たっての注意事項］
1. 記入すべき事項のない欄又は記入枠は空欄のままとし、事項を選択する場合には当該事項を〇で囲んでください。（ただし、⑧欄並びに⑨及び⑩欄の元号については該当番号を記入枠に記入してください。）
2. 傷病年金の受給権者が当該傷病にかかる療養の給付を請求する場合には、⑤労働保険番号欄に左詰で年金証書番号を記入してください。また、⑨及び⑩は記入しないでください。
3. ⑱は、請求人が健康保険の日雇特例被保険者でない場合には記載する必要はありません。
4. (ホ)は、災害時の通勤の種別がハの場合には、移動の終点たる就業の場所における就業開始の予定時刻を、ニの場合には、後続するイの移動の終点たる就業の場所における就業開始の予定の年月日及び時刻を記載してください。
5. (ト)は、災害時の通勤の種別がハの場合には、移動の起点たる就業の場所における就業終了の年月日及び時刻を、ホの場合には、先行するロの移動の起点たる就業の場所における就業終了の年月日及び時刻を記載してください。
6. (チ)は、災害時の通勤の種別がハの場合には、移動の起点たる就業の場所を離れた年月日及び時刻を記載してください。
7. (リ)は、通常の通勤の経路を図示し、災害発生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。
1. 筆記用具は黒ボールペンを使用し、記入枠からはみださないように書いてください。
2. 「促音」「よう音」などは大きく書き、濁点、半濁点は1文字として書いてください。
（例）キッテ → キ ツ テ　キョ → キ ヨ　バ → ハ ゛
3. シ ツ ソ ン は斜の弧を書き始めるとき、小さくカギを付けてください。
4. ｜ はカギを付けないで垂直に、 ㄐ の２本の縦線は上で閉じないで書いてください。

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

通勤災害の場合に記載します。

災害時の通勤の種別について、該当する記号を記入してください。

通勤の種別により、記入項目が異なります。

災害時の通勤の種別に関する移動の通常の通勤経路、方法、所要時間と、災害発生の日に住居または就業の場所から災害発生の場所に至った経路、方法、所要時間をわかりやすく記入してください。なお、地図を貼付してそれに書き入れることや、適宜別紙に記載してあわせて提出することも可能です。

どのような場所で、どのような状態で、どのようにして災害が発生したかを、わかりやすく記入してください。負傷又は発病の年月日と初診日が異なる場合はその理由も記入してください。

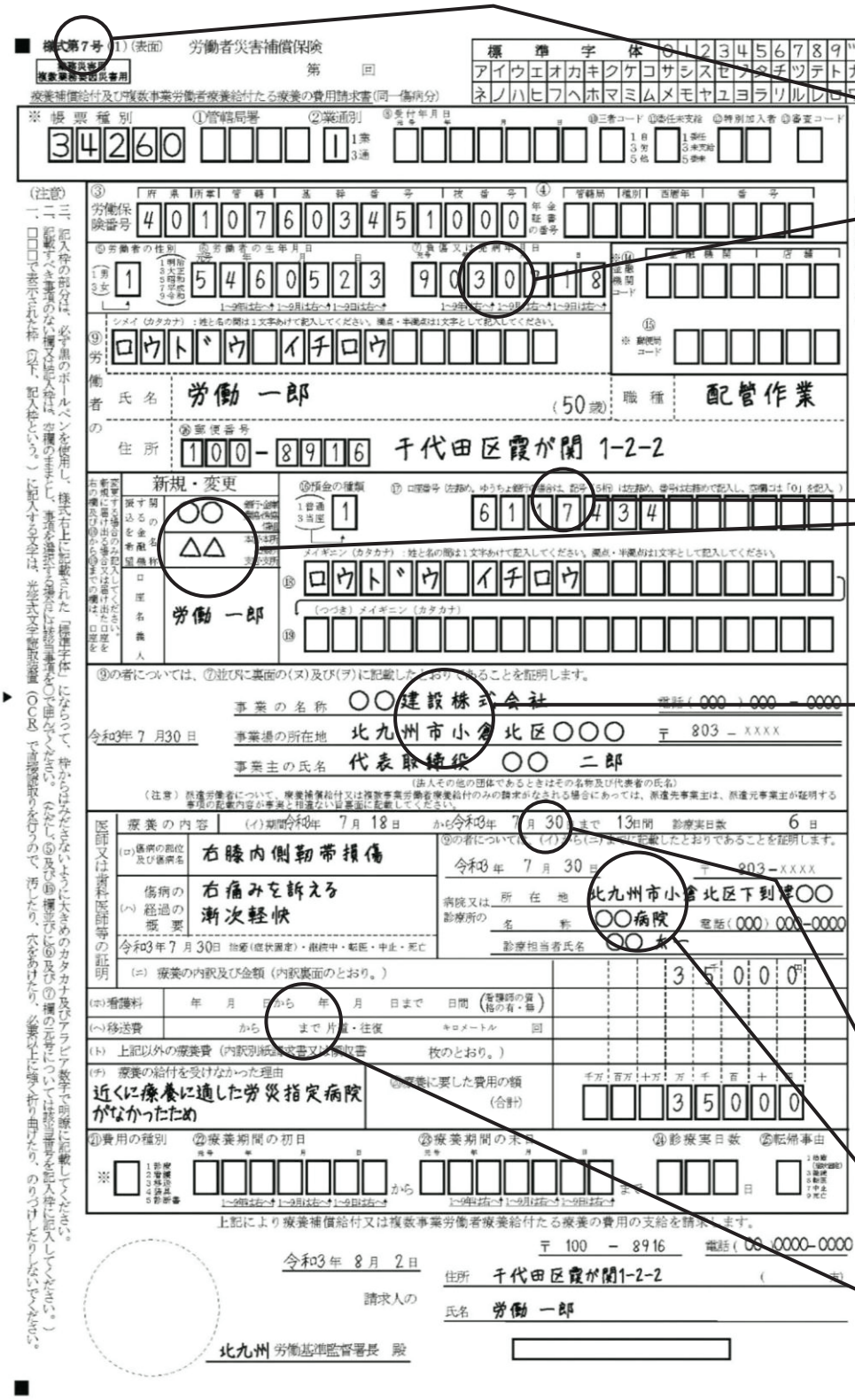
災害発生の事実を確認した方の氏名を記入してください。該当者がいない場合は、災害発生の報告を受けた事業場の方の職名、氏名を記入してください。

複数の事業場で就業されている場合で、かつ特別加入している場合に記入してください。

複数の事業場で就業されている場合、「有」に〇をつけ、事業場数を記入してください。

派遣労働者の方で、療養（補償）等給付のみの請求である場合には、派遣先事業主から、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ことの証明を受けてください。

療養の費用請求書記入例



この用紙には災害の発生した事業場または主に負荷があったと考える事業場について記載してください。

通勤災害の場合は様式第16号の5（1）

事故の発生日または発病の日を正確に記入してください。

銀行等に振込みを希望する場合は、請求人本人の口座番号を記入してください。

●ゆうちょ銀行口座（記号・番号）を指定する場合、通常記号は５桁、番号は８桁となっていますが、番号が８桁未満の場合は、頭に０を加えて８桁としてください。

（例） 番号が1234561の場合、01234561となります。

記号（５桁） 番号（８桁）

1	X	X	X	0	0	1	2	3	4	5	6	1

「０」を加えてください。

※記号と番号の間に１桁の数字がある場合は、その１桁の数字は、記載する必要はありません。

※預金の種類は「１」としてください。

事業主の証明が必要です。支店長等が事業主の代理人として選任されている場合、当該支店長等の証明を受けてください。

ただし、第2回目以降の請求で離職後である場合には、必要ありません。

また、働いていた会社が廃止されている場合や、会社が事業主証明を拒否するなど、事業主証明が得られない場合であっても労災請求はできますので、最寄りの都道府県労働局または労働基準監督署にご相談ください。

最終の投薬期間も算入してください。

診療を行った医師または歯科医師の証明を受けてください。

付添看護人を必要とした場合の費用または病院等が遠距離の場合の移送に要した賃用などを記入します。この場合は、要した費用の請求書または領収書などを添えなければなりません。

様式第７号(１)(裏面)

(リ) 労働者の所属事業場の名称・所在地	○○工業株式会社 川崎市川崎区榎町○-○	(ヌ) 負傷又は発病の時刻	午(前)後 10 時 40 分頃	(ル) 災害発生の事実を確認した者の	職名 第一工場長 氏名 ○○ 二郎

(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って(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

鋳物工場内の２階倉庫から1階作業場に通じる階段において、
木箱(65×45×20cm)を倉庫から搬出作業中、後ろ向きに階段を下って
いたため、足を踏み外し、約1.7m下に転落し、左足首を捻挫した。

時刻は、午前・午後表記で記入してください。

(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) どのような物または環境に、(え) どのような不安全または有害な状態があって、(お) どのような災害が発生したかをわかりやすく記入してください。負傷又は発病年月日と初診日が異なる場合はその理由も記入してください。

療養の内訳及び金額

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

診療内容		金額	摘要
初診		円	
再診	回	円	
指導	回	円	
その他		円	
食事(基準　)			
円×	日間	円	
円×	日間	円	
円×	日間	円	
小計	②	円	
摘要			
合計金額 ①＋②		円	

(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) (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。
(三) (イ)の期間には、最終の投薬の期間をも算入すること。
(四) (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、傷病補償年金又は複数事業労働者傷病年金の受給権者が当該傷病に係る療養の費用を請求する場合以外の場合の注意事項
(一) ④は、記載する必要がないこと。
(二) (ル)は、災害発生の事実を確認した者(確認した者が多数あるときは最初に発見した者)を記載すること。
(三) (ハ)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。
(四) 第二回以後の請求が離職後である場合には事業主の証明は受ける必要がないこと。

三、傷病補償年金又は複数事業労働者傷病年金の受給権者が当該傷病に係る療養の費用を請求する場合の注意事項
(一) ③、⑥、⑦及び(ヌ)から(ヲ)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。

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、⑳「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。

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。

⑳その他就業先の有無	
有 無	有の場合のその数 (ただし表面の事業場を含まない)　社
有の場合でいずれかの事業で特別加入している場合の特別加入状況(ただし表面の事業を含まない)	労働保険事務組合又は特別加入団体の名称
	加入年月日　年　月　日
労働保険番号(特別加入)	

複数の事業場で就業されている場合、「有」に○をつけ、事業場数を記入してください。

複数の事業場で就業されている場合で、かつ特別加入している場合に記入してください。

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

派遣労働者の方で、療養（補償）等給付のみの請求である場合には、派遣先事業主から、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ことの証明を受けてください。

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
			(　)　―

指定医療機関等を変更するとき

様式第６号（表面）

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

渋谷　労働基準監督署長　殿

令和３年　８月　９日

△　△

病院 / 診療所 / 薬局 / 訪問看護事業者　経由

〒 100　8916

電話（〇〇）〇〇〇〇－〇〇〇〇

住所　千代田区霞が関1-2-2

届出人の　氏名　厚労　太郎　方

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

①労働保険番号												③労働者の	氏名	厚労　太郎（男）・女	④負傷又は発病年月日
府県	所掌	管轄	基幹番号						枝番号				生年月日	昭和〇〇年　11月　10日（〇〇歳）	令和3年　7月　4日
1	3	1	0	7	9	8	7	6	5	4	0	0	住所	千代田区霞が関1-2-2	午前（後）　4　時00分頃
②年金証書の番号													職種	プレス工	
管轄局	種別	西暦年	番号												

⑤ 災害の原因及び発生状況　（あ）どのような場所で（い）どのような作業をしているときに（う）どのような物又は環境に（え）どのような不安全な又は有害な状態があって（お）どのような災害が発生したかを簡明に記載すること。

プレス工場において材料（重ねた鉄板、重量約70kg）を同僚と2人で運搬し、プレス機の前の床におろす際、あやまって手をすべらせて、持っていた鉄板とコンクリートの床面との間に左手第2・3指をはさまれて負傷したもの。

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。

令和3年　8月　8日

事業の名称　〇〇工業株式会社

〒 167－×〇×〇　電話（〇〇）〇〇〇〇－〇〇〇〇

事業場の所在地　杉並区井草〇-〇

事業主の氏名　代表取締役　〇〇良助

（法人その他の団体であるときはその名称及び代表者の氏名）

⑥指定病院等の変更

変更前の	名称	〇〇北病院　（労災指定医番号）
	所在地	杉並区井草〇-〇-〇　〒〇〇〇－×〇×〇
変更後の	名称	△△病院
	所在地	渋谷区代々木〇-〇　〒〇〇〇－〇×〇×
変更理由		通院療養のため、自宅からの距離が短い病院にかえたいため。

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

⑧ 傷病名　左手示指基節骨々折、左手中指挫傷

※変更前の医療機関が非指定医療機関である場合など、初めて指定医療機関を受診する際は、様式第6号及び様式第16号の4ではなく、様式第5号または様式第16号の3をご提出ください。

通勤災害の場合は様式第16号の4

事故の発生日時または発病の日を正確に記入してください。

職種はなるべく具体的に、作業内容がわかるように記入してください。

（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）どのような物または環境に、（え）どのような不安全または有害な状態があって、（お）どのような災害が発生したかをわかりやすく記入してください。

事業主の証明が必要です。支店長等が事業主の代理人として選任されている場合、当該支店長等の証明を受けてください。ただし、離職後に届ける場合には、必要ありません。
また、働いていた会社が廃止されている場合や、会社が事業主証明を拒否するなど、事業主証明が得られない場合であっても労災請求はできますので、最寄りの都道府県労働局または労働基準監督署にご相談ください。

傷病補償年金または複数事業労働者傷病年金の支給を受けることとなった後に療養の給付を受けようとする指定病院等を記入してください。

様式第６号(裏面)

⑨その他就業先の有無	
有　有の場合のその数 （ただし表面の事業場を含まない） 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
労働保険番号（特別加入）	加入年月日 年　月　日

複数の事業場で就業されている場合、「有」に○をつけ、事業場数を記入してください。

複数の事業場で就業されている場合で、かつ特別加入している場合に記入してください。

〔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
			（　　） —

労災　請求書　検索

請求書は、厚生労働省ホームページからダウンロードできます。
（https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/roudoukijun/rousaihoken.html ）
トップページ「分野別の政策一覧」雇用・労働＞労働基準＞労災補償＞労災保険給付関係請求書等ダウンロード