

各種請求書の記入例

1. 療養の給付請求書（様式第5号）
2. 療養の費用請求書（様式第7号）
3. 休業補償給付支給請求書（様式第8号）
4. 障害補償給付支給請求書（様式第10号）
5. 遺族補償一時金支給請求書（様式第15号）
6. 遺族補償年金支給請求書（様式第12号）
7. 葬祭料請求書（様式第16号）
8. 介護補償給付支給請求書（様式第16号の2の2）

療養の給付請求書(様式第5号)記入例

通勤災害の場合は様式第16号の3

様式第5号(表面) 労働者災害補償保険 裏面に記載してある注意事項をよく読んで、療養補償給付たる療養の給付請求書記入してください。

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	フ	ヘ	ホ	マ	ミ	ム	メ
モ	ヤ	ユ	ヨ	ラ	リ	ル	レ	ロ	ワ	ン				

不明な場合は事業場に記入を依頼して下さい。

①管轄局署 ②業通別 ③保留

1 業通 3 全レセ 3 全給付

元号、年、月の順に記載して下さい。

元号：昭和は5です。平成は7です。令和は9です。

Workers compensation insurance number

男性は「1」、女性は「3」を記入して下さい。

⑧性別 ⑨労働者の生年月日 Birth day ⑩負傷又は発病年月日 date of injury or attack

⑪再発年月日 ⑫支給・不支給決定年月日

氏名をカタカナで1マスキングして記入して下さい。

Name (Age 歳) 郵便番号 A zip code フリガナ Address

災害発生の実事を確認した人の職名、氏名を記載して下さい。

⑬職名 Position ⑭災害発生の実事を確認した者の職名、氏名 Name

⑮災害の原因及び発生状況 The cause of the accident and the outbreak situation

①どこで ②どのような状況で ③どのような作業をしているときに ④何が原因で ⑤どのような災害が発生したかを明確にして下さい。

⑯指定病院等の名称 所在地 ⑰傷部の部位及び状態

⑱の者については、⑩、⑰及び⑱に記載したとおりであることを証明します。

事業主証明欄 ※事業主証明欄

事業主の氏名 労働者の所属事業場の名称・所在地

上記により療養補償給付たる療養の給付を請求します。 Chif director labor standards 労働基準監督署長 殿

Name of hospital 病診療薬 院所局 請求人の住所 Address 氏名 Name Sign 印

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 復命書番号

自筆による署名の場合には、押印は必要ありません。

請求人ご自身が記入する部分です。

会社が記入する部分です。

※会社から証明が受けられない場合は提出先監督署にご相談下さい。

療養の費用給付請求書(様式第7号(1)(表面))記入例

様式第7号(1)(表面) 業務災害用 第 回
療養補償給付たる療養の費用請求書(同一傷病分)

標準
アイウエオカ
ネノハヒフヘ

不明な場合は事業場に記入を依頼して下さい。

① 管轄局署 ② 業通別 ③ 受付年月日 ④ 委任未支給 ⑤ 特別加入者 ⑥ 審査コード

※ 34260 1業 13通 1自 3委 5他 1委任 3未支給 5委未

(注意) 一、二、三、記入枠の部分に記入すべき事項の欄を空白のままにせず、必ず「0」で表示して下さい。

③ 労働保険番号 Workers' compensation insurance number
④ 労働者の性別 ⑤ 労働者の生年月日 ⑥ 負傷又は発病年月日
1 男 2 女 3 未定 4 不明 5 不明 6 不明 7 不明 8 不明 9 不明
元号 年 月 日 元号 年 月 日 元号 年 月 日
1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 5 令和
元号 年 月 日 元号 年 月 日 元号 年 月 日

⑦ 氏名 (カタカナ) ⑧ 年齢 (歳)
氏名をカタカナで1マス空けて記入して下さい。

⑨ 住所 (カタカナ) ⑩ 郵便番号
氏名をカタカナで1マス空けて記入して下さい。

⑪ 預金の種類 ⑫ 口座番号 (左詰り) ⑬ 口座名義人
普通 当座 特種 振替 貸付 出金 支店 支所
Name of financial institution Branch name
The full name of the account holder of a title deed
Account holder

⑭ 口座名義人の氏名 (カタカナ)
新規・変更
普通の場合は「1」当座の場合は「3」を記載して下さい

⑯ 事業主証明欄
事業主証明欄
事業主の氏名 第二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

⑰ 医療機関記載欄
医療機関記載欄
療養の内容 (イ) 期間 年月日 から 年月日まで 日間 診療実日数 日
傷病の部位及び傷病名 傷病の経過の概要
病院又は診療所の名称 電話 () -
診療担当氏名 印

⑱ 療養の内訳及び金額 (内訳裏面のとおり) ⑲ 療養の給付を受けなかった理由
Nursing charges 療養の給付を受けなかった理由
Reason why supply of recuperation is not received
⑳ 療養に要した費用の額 (合計) 千円 万円 十円 円

㉑ 費用の種別 ㉒ 療養期間の初日 ㉓ 療養期間の末日 ㉔ 診療実日数 ㉕ 転帰事由
1 診療 2 看護 3 移送 4 診察 5 診断書
元号 年 月 日 から 元号 年 月 日 まで 日

上記により療養補償給付たる療養の費用の支給を請求します。
Date of application 年 月 日
Claimant's 住所 Address () 方
請求人の 氏名 Name Sign 印

Chief director labor standard 労働基準監督署長 殿

請求人ご自身が記入する部分です。 医療機関が記入する部分です。 会社が記入する部分です。 ※会社から証明が受けられない場合は提出先監督署にご相談下さい。

療養の費用給付請求書(様式第7号(1)(裏面))記入例

様式第7号(1)(裏面)

(リ) 労働者の所属事業場の名称・所在地 Name and address in workplace	(ヌ) 災害発生時刻 Am. 午前 時 分 Pm. 午後 時 分	(ル) 災害発生者の氏名 職名 氏名
(ハ) 災害の原因及び発生状況 (あ)どのような場所(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)どのような不安全又は有害状態があつて(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		
-The cause of the accident and the outbreak situation-		

災害発生の実状を確認した人の職・氏名を記載して下さい。

療養の内訳及び金額

診療内容	点数(点)	診療内容	金額	摘要
診察	時間外・休日・深夜	初診	円	
再診	外来診療料 × 回	再診	円	
	継続管理加算 × 回	指導	円	
	外来管理加算 × 回	その他	円	
	時間外 × 回			
	休日 × 回			
	深夜 × 回			
指導		食事(基準)		
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	小計 ②	円	
投薬	内服 薬剤 単位 回	摘 要		
	調剤 × 回			
	外用 薬剤 単位 回			
	調剤 × 回			
	処方 × 回			
	麻薬 調剤 × 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			
その他	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			
合計	点①	円	合計金額	円

①どこで
②どのような状況で
③どのような作業をしているときに
④何が原因で
⑤どのような災害が発生したかを明確にして下さい。

合には、該当する事項を○で囲むこと。
は領収書を添えること。
終の療養の期間をも記入すること。
接所届する支店、工事現場等を記載すること。

医療機関記載欄
(医療の内容及び金額を記載して下さい。)

二、傷病補償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) 災害発生の実状を確認した者が多数あるときは最初
の請求は、災害発生の実状を確認した者(確認した者が多数あるときは最初
の請求)の請求を記載すること。
(二) 災害発生の実状を確認した者(確認した者が多数あるときは最初
の請求)の請求を記載する場合は、事業主の証明は受ける必要がないこと。
(三) 災害発生の実状を確認した者(確認した者が多数あるときは最初
の請求)の請求を記載する場合は、事業主の証明は受ける必要がないこと。
(四) 災害発生の実状を確認した者(確認した者が多数あるときは最初
の請求)の請求を記載する場合は、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) 事業主の証明は受ける必要がないこと。
(二) 事業主の証明は受ける必要がないこと。
(三) 事業主の証明は受ける必要がないこと。
(四) 事業主の証明は受ける必要がないこと。
四、事業主の氏名・職名・署名押印は、記載欄に「事業主の氏名」の欄及び「請求
人の氏名」の欄は、記名押印することによって代えて、自筆による署名をする
こととする。

派遣元事業主が証明する事項(表面の⑦並びに(ヌ)及び(ハ)の記載内容について事実と相違ないことを証明します。)

派遣元事業主証明欄	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)

表面の記入枠を訂正したときの訂正印欄	削字印	加字印	社会保険労務士記載欄	作成年月日・提出代行・事務代理者の表示	氏名	電話番号
--------------------	-----	-----	------------	---------------------	----	------

休業補償給付支給請求書(様式第8号)記入例

様式第8号(表面) 労働者災害補償保険 業務災害用 休業補償給付支給請求書 休業特別支給金支給申請書(同一傷病分) 通勤災害の場合は様式第16号の6

①管轄局署 ②新傷再別 ③受付年月日 ④業通別 ⑤三者コード ⑥日雇コード ⑦特別加入者

※ 34360

⑧平均賃金 ⑨特別給与の額 ⑩日数査定 ⑪特支コード

10万 万 千 百 十 円 十 銭 千 百 十 円 1 療 2 傷 3 療 4 重 5 他

男性は「1」、女性は「3」を記入して下さい。

不明な場合は事業場に記入を依頼して下さい。

⑫労働除番号 Workers' compensation insurance number ⑬労働者の性別 ⑭労働者の生年月日 Birth day

1男 3女 1明 2治 3大 4平 5成 6和 7平 8成 9和

氏名をカタカナで1マス空けて記入して下さい。

元号、年、月の順に記載して下さい。

元号：昭和は5です。平成は7です。令和は9です。

⑮労働者名 Name (歳) ⑯郵便番号 Address

療養のため労働できなかった期間(⑱)と、そのうち賃金を受けなかった日数(⑳)を記入して下さい。

普通の場合は「1」、当座の場合は「3」を記載して下さい

⑰労働者住所 ⑱療養の期間 Period when was not able to work because of recuperation ⑲賃金を受けなかった日数(内訳別) Days on day when pay was not received

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) ㉒金融機関 ㉓店舗 ㉔郵便局コード

Kind of deposit Account number

㉒㉓㉔及び左の銀行名、口座名義人欄は新規に口座を届ける場合、または届けた口座を変更する場合のみ記入して下さい。

㉕新規・変更 ㉖振込の希望 ㉗関係の名称 Branch name ㉘口座名義人 Account holder

Name of financial institution ㉙銀行 ㉚金融機関 ㉛農協 ㉜信組 ㉝本店 ㉞支店 ㉟支所

㉚の者については、㉒、㉓、㉔、㉕から㉗まで(㉘の()を除く)、及び別紙㉚に記載したとおりであることを証明します。

年月日 事業主証明欄 事業主証明欄 事業主証明欄

事業主の氏名 (法人その他の団体の場合はその名称及び代表者の氏名) 電話()

労働者の直接所属 事業場名称所在地

1. ㉚の(イ)及び(ロ)については、㉚の者が厚生年金保険の被保険者である場合に限り証明してください。
2. 労働者の直接所属事業場名称所在地については、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ない場合に、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。
1回目の請求書には、(死傷報告提出年月日)必ず記入してください。

㉘傷病の部位及び傷病名 ㉙療養の期間 ㉚療養の現況 ㉛療養の経過 ㉜診療担当者の証明

年月日から 年月日まで 日間 診療実日数 日

年月日 治療(症状固定)・死亡・転医・中止・継続中

年月日から 年月日まで 日間のうち 日

年月日 所在地 病院又は診療所の名称 診療担当者氏名

請求書の記入欄 請求書の記入欄 請求書の記入欄

Date of application 住所 Address 請求人の申請人 氏名 Name Sign

請求人ご自身が記入する部分です。 医療機関が記入する部分です。 会社が記入する部分です。 自筆による署名の場合には、押印は必要ありません。 ※会社から証明が受けられない場合は提出先監督署にご相談下さい。

障害補償給付支給請求書(様式第10号)記入例

様式第10号 (表面)

業務災害用

労働者災害補償保険

障害補償給付支給請求書
障害特別支給年金支給申請書
障害特別一時金支給申請書

男性は「男」女性は「女」に○をして下さい。

通勤災害の場合は様式第16号の7

不明な場合は事業場に記入を依頼して下さい。

災害が発生した場所、そのときの作業内容、状況を明確して下さい。

同一の傷病について厚生年金保険などの年金を支給される場合にのみ記入して下さい。

① 労働保険番号 Workers' compensation insurance number		③ 氏名 Name (Katakana) 姓 名 (男・女) 氏 名 (男・女) 生年月日 Age (歳) フリガナ Address (Katakana) フリガナ Address		④ 負傷又は発病年月日 date of injury or attack 年 月 日 朝 時 分 頃 午後 時 分 頃	
② 年金証書の番号 管轄局 種別 西暦年 番号		⑤ 住居 住所 フリガナ Address 職業 フリガナ Address の所属事業場 名称・所在地		⑥ 傷病の治癒した年月日 date of wound recovered 年 月 日	
⑦ 平均賃金 Average wages 円 銭					
⑧ 特別給与の総額(年額) Total of special salary in one year 円					
⑨ 災害の原因及び発生状況 (あ)どのような場所(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					
The cause of the disaster and the outback situation					
⑩ 厚生等の年金証書の基礎年金番号・年金コード Individual pension number		⑪ 被保険者資格の取得年月日 年 月 日		⑫ 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	
⑬ 当該傷病に関して支給される年金の種類等 支給されることとなった年月日		⑭ 障害等級 Grade of disability		⑮ 支給される年金の額 Amount of provided pension	
⑯ 厚生等の年金証書の基礎年金番号・年金コード Pension code of annuity bond of welfare annuity		⑰ 所轄年金事務所等		⑱ 給付開始年月日 Date to have been provided 年 月 日	
⑲ ⑳の者については、㉑、㉒から㉓まで並びに㉔の㉕及び㉖に記載したとおりであることを証明します。					
事業主証明欄					
事業の名称 () 電話 () - () 事業の所在地 〒 - - 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] ㉔の㉕及び㉖については、㉗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。					
㉘ 障害の部位及び状態 (診断書のとおり)		㉙ 既存障害がある場合にはその部位及び状態 Part and symptom of existing trouble			
㉚ 添付する書類その他の資料 Name of appended document					
㉛ 年金の払戻しを希望する金融機関 Financial institution or post office where transfer of pension is hoped		※金融機関店舗コード 銀行・金融機関 Branch name 本店・本所 出振所 支店・支所 預金通帳の記号番号 普通・当座 第 Sign number of bankbook ※郵便局コード フリガナ Name of postal savings (katakana) Name of postal savings 所在地 Address 都道府県 市郡区 預金通帳の記号番号 第 Sign number of bankbook 号			
障害補償給付の支給を請求します。 上記より 障害特別支給年金の支給を申請します。 障害特別一時金					
Date of application 年 月 日		請求人の住所 Address 氏名 Name Sign 請求人 Claimant's 労働基準監督署長 殿 <input type="checkbox"/> 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 Financial institution or post office where transfer of pension is hoped		Branch name 本店・本所 出振所 支店・支所		預金の種類及び口座番号 Account number 普通・当座 第 口座名義人 Nominee	

自筆による署名の場合には、押印は必要ありません。

請求人ご自身が記入する部分です。 会社が記入する部分です。 40

遺族補償給付支給請求書(様式第12号)記入例

様式第12号(表面) 業務災害用 労働者災害補償保険

遺族補償年金支給請求書
遺族特別支給金支給申請書
遺族特別年金

① 労働保険番号
府 県 所 管 轄 基 幹 番 号 枝 番 号
Workers' compensation insurance number

② 年金証書の番号
轄 局 種 別 西 暦 年 番 号 枝 番 号

③ 死亡労働者の氏名
フリガナ Name(Katakana)
氏名 Name (男・女)
生年月日 Birthday 年 月 日 (Age 歳)
個人番号 Individual number
職業 Occupational category
所属事業場名称・所在地

④ 負傷又は発病年月日
年 月 日
date of injury or attack
午前 午後 時 分 秒

⑤ 死亡年月日
年 月 日
date of wound recovery

⑦ 平均賃金
円 角 銭
Average wages

⑧ 特別給与の総額(年額)
円
Total of special salary in one year

災害の原因及び発生状況 (あ)どのような場所(で)い(ろ)どのような作業(を)しているときに(う)どのような物又は機械に(え)どのような不安定な又は有害な状態(があ)つて(お)どのような災害が発生したかを(か)を(こ)明(け)に(け)記載(し)る(こ)と

The cause of the disaster and the outbreak situation

⑨ 受給者の受給年数
① 死亡労働者の厚年等の年金証書の基礎年金番号・年金コード
② 死亡労働者の被保険者資格の取得年月日 年 月 日
③ 当該死亡に関して支給される年金の種類
厚生年金保険法のイ 遺族年金 ロ 遺族厚生年金 国民年金法のイ 母子年金 ロ 準母子年金 ハ 遺児年金 ニ 寡婦年金 ホ 遺族基礎年金 船員保険法の遺族年金
支給される年金の種類 支給されることとなった年月日 年 月 日
円 年 月 日
受けていない場合は、次のいずれかを○で囲む。 ・ 未定請求中 ・ 不支給決定 ・ 未加入 ・ 請求していない ・ 老齢年金等選択

事業主証明欄
事業主の氏名
事業主の住所
事業主の電話番号
電話 () - -

⑩ 請求人の氏名、生年月日、住所、被災者との関係、障害の有無を記載して下さい。
氏 フリガナ 名 生 年 月 日 住 フリガナ 所 死亡労働者との関係 Relation to worker 障害の有無 Presence or Handicap
請求人(申請人)の代表者(遺族)でないときは、その遺族

⑪ 請求人以外で遺族補償年金を受けることができる遺族を記入して下さい。
氏 フリガナ 名 生 年 月 日 住 フリガナ 所 死亡労働者との関係 Relation to worker 障害の有無 Presence or Handicap
請求人(申請人)と生計を同じくする

⑫ 添付する書類その他の資料名 Name of appended document

⑬ 希望する金融機関又は郵便局の名称
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の名称
Name of financial institution or post office where transfer of pension is hoped
※金融機関店舗コード Name of financial Institution 銀行・金庫 農協・漁協・信組 Branch name
普通・当座 第 Sign number of bankbook
※郵便局コード Name of postal savings
所在地 Address 都道府県 市郡区
第 Sign number of bankbook

上記より 遺族補償年金の支給を請求します。
遺族特別支給金 遺族特別年金の支給を申請します。
Date of application 年 月 日 労働基準監督署長 殿
請求人の住所 Address
氏名 Name Sign
請求人(代表者) Claimant's
□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 本店・本所 出張所
Name 銀行・金庫 Branch name 支店・支所
預金の種類及び口座番号
普通・当座 第 Account number
口座名義人 Nominee

通勤災害の場合は様式第16号の8

不明な場合は事業場に記入を依頼して下さい。

災害が発生した場所、そのときの作業内容、状況を明確にして下さい。

同一の傷病について厚生年金保険などの年金を支給される場合にのみ記入して下さい。

請求人の氏名、生年月日、住所、被災者との関係、障害の有無を記載して下さい。

請求人以外で遺族補償年金を受けることができる遺族を記入して下さい。

男性は「男」女性は「女」に○をして下さい。

障害がある場合は「ある」に、「ない」場合は「ない」に○をして下さい。

請求人と生計を同じくしている場合は「いる」に、「異なる」場合は「いない」に○をして下さい。

自筆による署名の場合には、押印は必要ありません。

請求人ご自身が記入する部分です。

会社が記入する部分です。

遺族補償一時金支給請求書(様式第15号)記入例

様式第15号(表面)

労働者災害補償保険
遺族補償一時金支給請求書
遺族特別支給金支給申請書
遺族特別一時金

男性は「男」女性は「女」に○をして下さい。

通勤災害の場合は様式第16号の9

不明な場合は事業場に記入を依頼して下さい。

災害が発生した場所、そのときの作業内容、状況を明確にして下さい。

請求人の氏名、生年月日、住所、被災者との関係、障害の有無を記載して下さい。

① 労働保険番号 県 所掌 管轄 基幹番号 枝番号 Workers' compensation insurance number		③ フリガナ 氏名 Name (男・女) 生年月日 Birthday 年 月 日 Age 歳 職 種 Occupational category 所属事業場名称所在地		④ 負傷又は発病年月日 date of injury or attack 年 月 日 午前 午後 時 分 頃	
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)どのような不安定な又は有害な状態が(お)どのような災害が発生したかを簡明に記載すること The cause of the disaster and the outbreak situation		⑤ 死亡年月日 date of wound recovered 年 月 日	
		⑦ 平均賃金 Average wages 円 銭		⑧ 特別給与の総額(年額) Total of special salary 円 in one year	
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。					
事業主証明欄 事業の名称 年 月 日 事業場の所在地 事業主の氏名 ⑨ (法人その他の団体であるときはその名称及び代表者の氏名)					
⑨ 請求人 氏名 Name 生年月日 Birthday 年 月 日 住所 Address 氏名 Name 生年月日 Birthday 年 月 日 住所 Address 氏名 Name 生年月日 Birthday 年 月 日 住所 Address 氏名 Name 生年月日 Birthday 年 月 日 住所 Address 氏名 Name 生年月日 Birthday 年 月 日 住所 Address		関係 Relation to worker		請求人(申請人)の代表者を選任しないときはその理由	
⑩ Name of appended document 添付する書類その他の資料名					

遺族補償一時金の支給を請求します。
上記より遺族特別支給金の支給を申請します。
遺族特別一時金

Date of application 年 月 日		Claimant's 請求人 申請人 (代表者) の住所 Address 氏名 Name Sign ⑨		〒 A zip code	電話 (Telephone) ー
労働基準監督署長 殿					
振込を希望する金融機関の名称 Financial institution or post office where transfer of pension is hoped			預金の種類及び口座番号 Account number		
Name 銀行・金庫 農協・漁協・信組		Branch name 本店・本所 出張所 支店・支所		Nominee 口座名義人	

請求人ご自身が記入する部分です。

会社が記入する部分です。

自筆による署名の場合には、押印は必要ありません。

葬祭料請求書(様式第16号)記入例

様式第16号(表面)

業務災害用

通勤災害の場合は様式第16号の10

労働者災害補償保険

葬 祭 料 請 求 書

男性は「男」女性は「女」に○をして下さい。

① 労働保険番号 府県 所掌 管轄 基幹番号 枝番号 Workers' compensation insurance number		③ フリガナ 氏 名 フリガナ Name(katakana)		請求人の死亡労働者との関係 Relation to worker	
② 年金証書の番号 管轄局 種別 西暦年 番号		住所 Address			
④ フリガナ 氏 名 フリガナ Name(Katakana)		(男・女)		⑤ 負傷又は発病年月日 年 月 日 date of injury or attack 午前 午後 時 分頃	
労働者の所属事業場名称所在地 Address		Occupational category		⑦ 死亡年月日 年 月 日 date of death	
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 The cause of the disaster and the outbreak situation				⑧ 平均賃金 円 銭 Average wages	
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。					
<p>事業主証明欄</p> <p>事業の名称 _____ 電話 () - _____</p> <p>年 月 日 _____ 〒 _____</p> <p>事業場の所在地 _____</p> <p>事業主の氏名 _____ 印</p> <p>(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)</p>					
⑨ 添付する書類その他の資料名		Name of appended document			
上記により葬祭料の支給を請求します。					
Date of application 年 月 日		〒 A zip code		電話 () Telephone -	
労働基準監督署長 殿		請求人の住所 Address		Sign 氏名 Name 印	
振込を希望する金融機関の名称 Financial institution where transfer is hoped Name 銀行・金庫 農協・漁協・信組			本店・本所 Branch 出張所 name 支店・支所		預金の種類及び口座番号 Account number 普通・当座 第 _____ 口座名義人 Nominee

災害が発生した場所、そのときの作業内容、状況を明確にして下さい。

請求人ご自身が記入する部分です。

会社が記入する部分です。

自筆による署名の場合には、押印は必要ありません。

介護(補償)給付支給請求書(様式第16号の2の2)記入例

■ 様式第16号の2の2 (表面)

労働者災害補償保険 標準字体 **アカサ**
 介護補償給付 支給請求書

業務災害の場合は「介護補償給付」に、通勤災害の場合は「介護給付」に○をして下さい。

① 管轄局番 ② 受付年月日 ③ 特別コード ④ 介護料区分

※ 35290

5 6 7 8 9 ウ ク ス エ ケ セ
 オ コ フ ト ノ ホ モ コ ロ ー カ ヲ ハ

1有 3無

(注意) (一) ③ 管轄局 種別 西暦年 番号 (二) ⑥ 氏名(カタカナ) : 姓と名の間は1文字あけて左ズメで記入してください。 Birthday 生年月日 年 月

Number of annuity bond
 Name (Katakana)

年金証書を受け取っている場合には年金証書の番号を記入して下さい。

受給している年金の種類にチェックし、等級を記入して下さい。

(三) ⑦ (ホ) 請求対象年月 ⑧ (ヘ) 費用を支出して介護を受けた日数 ⑨ (ト) 介護に要する費用と介護に要した費用との差額 ⑩ 介護に要した費用と介護に要した費用との差額

Years of object Days Amount expended as cost that requires it to nurse

元号、年、月の順に記載して下さい。(平成は7です。令和は9です。)

費用を支出して介護を受けた日数を記入して下さい。

(四) 振込を希望する金融機関の名称 口座名義人 ⑧ 金融機関コード

Financial institutions where transfer is hoped Account holder

Name Branch name Account holder

⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗

右の欄及び⑨～㉓までの欄は口座を新たに届ける場合、または口座を変更する場合のみ記入して下さい。

裏面の注意事項を読んでから記入して下さい。折り曲げる場合には()の所を

(五) ⑲ 預(貯)金の種別 ⑳ 口座番号 (左詰め、ゆうちょ銀行の場合は、記号(5桁)は左詰め、番号は右詰めで記入し、空欄には「0」を記入) ㉑ 郵便局コード

Type of deposit Account number

住居で介護を受けている場合は「イ」に、施設などで介護を受けている場合は「ロ」に○をして下さい。

(六) 介護を受けた場所等 (イ) Home Facilities (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 Address 名称 Name

(七) 介護を受けた者 (イ) 親族 (ロ) 友人・知人 (ハ) 看護師・家政婦又は看護補助者 (ニ) 施設職員

Name Birthday Relationship Nursing period and days

介護している者が、親族の場合は「イ」、友人・知人の場合は「ロ」、看護師・家政婦の場合は「ハ」、施設職員の場合は「ニ」に○をして下さい。

あなたに対して介護をした方について、氏名、生年月日、続柄、介護期間(介護を行った最初の日と最後の日)、及び介護を行った日数を記入して下さい。区分が「ハ」、「ニ」の場合については、氏名、生年月日、続柄の記入は不要です。

(八) 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。 A zip-code 電話 (Telephone)

住所 Address

請求人の () 方

氏名 Name 印

[介護の事実に関する申立て]

私は、上記(リ)及び(ヌ)のとおり介護に従事したことを申し立てます。 It states it concerning the fact of nursing.

自筆による署名の場合には、押印は必要ありません。

住所 Address 氏名 Name 印 Sign 電話番号 Telephone

介護をされた方に住所、氏名、電話番号を記入して頂いて下さい。

各給付の請求様式の種類及び提出先

給付の種類	業務災害 通勤災害 の別	請求書の名称	様式番号	提出先
療養(補償)給付	業務災害	療養補償給付たる療養の給付請求書	5号	病院や薬局等を経て 所轄労働基準監督署長
	通勤災害	療養給付たる療養の給付請求書	16号の3	
	業務災害	療養補償給付たる療養の費用請求書	7号	所轄労働基準監督署
	通勤災害	療養給付たる療養の費用請求書	16号の5	
休業(補償)給付	業務災害	休業補償給付支給請求書	8号	
	通勤災害	休業給付支給請求書	16号の6	
障害(補償)給付	業務災害	障害補償給付支給請求書	10号	
	通勤災害	障害給付支給請求書	16号の7	
遺族(補償)給付	業務災害	遺族補償年金支給請求書	12号	所轄労働基準監督署
	通勤災害	遺族年金支給請求書	16号の8	
	業務災害	遺族補償一時金支給請求書	15号	
	通勤災害	遺族一時金支給請求書	16号の9	
葬祭料(葬祭給付)	業務災害	葬祭料請求書	16号	所轄労働基準監督署
	通勤災害	葬祭給付請求書	16号の10	
介護(補償)給付		介護補償給付・介護給付支給請求書	16号の2の2	所轄労働基準監督署

