

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上で、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 | ノ | ハ | ヒ | 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。

標準字体で記入し

Workers compensation insurance number

④受付年月日 ⑤支給・不支給決定年月日

性別

1 男 3 女

⑧性別 ⑨労働者の生年月日 ⑩負傷又は発病年月日

Birth day date of injury or attack

⑪再発年月日 ⑫三者 ⑬特疾 ⑭特定疾病

男性は「1」、女性は「3」を記入して下さい。

⑮シメイ(カタカナ) 氏名 Name (Age 歳)

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。

氏名をカタカナで1マスキングして記入して下さい。

郵便番号 A zip code フリガナ Address

⑯負傷又は発病の時刻 Time of injury or attack

午前 Am 午後 Pm

⑰職種 Occupational Category

⑱災害の原因及び発生状況 The cause of the accident and the outbreak situation

(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)どのような不安全又は有害な状態が(あ)て(わ)た(る)ような災害が発生した(か)り(き)初診日が異なる場合はその理由を詳細に記入すること

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。

⑲指定病院等の名称 所在地 電話 () -

⑳傷部の部位及び状態

㉑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。

事業の名称 所在地 電話 () -

事業場の所在地 電話 () -

事業主の氏名 ※事業主証明欄 印

(法人その他の団体であるときはその名称及び代表者の氏名)

労働者の所属事業場の名称・所在地 電話 () -

(注意) 1 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。
2 派遣労働者について、療養補償給付のみの請求がなされる場合にあっては、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。

上記により療養補償給付たる療養の給付を請求します。 年 月 日

Chif director labor standards 労働基準監督署長 殿

〒 A zip-code Telephone 電話 () -

Name of hospital 病診療院所経由 請求人の住所 Address (方)

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 | 不支給の理由 |
| | 調査年月日 | | | | | | |
| | 復命書番号 | 第 号 | 第 号 | 第 号 | 第 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 7 8 9 〇 一
ネノハヒフヘ ツツテトナ ニヌ
ルレロワシ

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

※ 3 4 2 6 0 1 業 1 3 通 1 3 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
1-9月は右→ 1-9月は右→ 1-9月は右→

⑦ 氏名 (カタカナ) : 姓と名の間は1文字あけて記入して下さい。濁点・半濁点は1文字として記入して下さい。
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 労働者の住所 Address ⑩ 郵便番号 A zip code

⑪ 預金の種類 ⑫ 口座番号 (左詰) ⑬ 口座名義人
1 普通 2 当座 3 定期 4 活期 5 零存整取 6 零存整付 7 定期貯蓄 8 活期貯蓄 9 定期貯蓄 10 活期貯蓄 11 定期貯蓄 12 活期貯蓄 13 定期貯蓄 14 活期貯蓄 15 定期貯蓄 16 活期貯蓄 17 定期貯蓄 18 活期貯蓄 19 定期貯蓄 20 活期貯蓄

⑭ 口座名義人の氏名 (カタカナ) : 姓と名の間は1文字あけて記入して下さい。濁点・半濁点は1文字として記入して下さい。

⑯ 事業主証明欄
事業の年月日 事業場の所在地 事業主の氏名
電話 () 印

⑰ 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
⑱ 療養の概要 (ハ) 傷病の部位及び傷病名 (ニ) 療養の内訳及び金額 (内訳裏面のとおり。)

⑲ 療養の概要 (ハ) 傷病の部位及び傷病名 (ニ) 療養の内訳及び金額 (内訳裏面のとおり。)

(イ) 期間 年月日 から 年月日まで 日間 診療実日数 日
(ハ) 傷病の概要 傷病の部位及び傷病名 傷病の経過の概要
病院又は診療所の所在地 名称 電話 () 診療担当者氏名 印

(ロ) 看護料 (ハ) 療養の概要 (ニ) 療養の内訳及び金額 (内訳裏面のとおり。)

(ニ) 療養の内訳及び金額 (内訳裏面のとおり。)

(イ) 期間 年月日 から 年月日まで 日間 診療実日数 日
(ロ) 看護料 (ハ) 療養の概要 (ニ) 療養の内訳及び金額 (内訳裏面のとおり。)

⑳ 療養の理由 (イ) 療養の概要 (ニ) 療養の内訳及び金額 (内訳裏面のとおり。)

(イ) 期間 年月日 から 年月日まで 日間 診療実日数 日
(ロ) 看護料 (ハ) 療養の概要 (ニ) 療養の内訳及び金額 (内訳裏面のとおり。)

㉑ 療養の理由 (イ) 療養の概要 (ニ) 療養の内訳及び金額 (内訳裏面のとおり。)

⑳ 療養の理由 (イ) 療養の概要 (ニ) 療養の内訳及び金額 (内訳裏面のとおり。)

㉒ 療養の理由 (イ) 療養の概要 (ニ) 療養の内訳及び金額 (内訳裏面のとおり。)

㉓ 療養の理由 (イ) 療養の概要 (ニ) 療養の内訳及び金額 (内訳裏面のとおり。)

㉔ 療養の理由 (イ) 療養の概要 (ニ) 療養の内訳及び金額 (内訳裏面のとおり。)

㉕ 療養の理由 (イ) 療養の概要 (ニ) 療養の内訳及び金額 (内訳裏面のとおり。)

㉖ 療養の理由 (イ) 療養の概要 (ニ) 療養の内訳及び金額 (内訳裏面のとおり。)

㉗ 療養の理由 (イ) 療養の概要 (ニ) 療養の内訳及び金額 (内訳裏面のとおり。)

㉘ 療養の理由 (イ) 療養の概要 (ニ) 療養の内訳及び金額 (内訳裏面のとおり。)

㉙ 療養の理由 (イ) 療養の概要 (ニ) 療養の内訳及び金額 (内訳裏面のとおり。)

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。

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 ③新規再別 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

⑫平均賃金 ⑬特別給与の額 ⑭日数査定 ⑮特支コード

10万 万 千 百 十 円 十 銭 千 百 十 円 1 療 2 傷 3 欠 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労働者番号 Workers' compensation insurance number ⑮労働者の性別 ⑯労働者の生年月日 Birth day

シメイ(カタカナ)：姓と名の間1文字あけて記入して下さい。濁点・半濁点は1文字として記入して下さい。

元号、年、月の順に記載して下さい。

氏名をカタカナで1マス空けて記入して下さい。

元号：昭和は5です。平成は7です。令和は9です。

⑰労働者氏名 Name (歳) ⑱郵便番号 Address

療養のため労働できなかった期間(⑲)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。

⑲療養の期間 ⑳賃金を受けなかった日数(内訳別)

Period when I was not able to work because of recuperation ⑳ Days on day when pay was not received

㉑預金の種類 ㉒口座番号(左詰め。ゆうちょ銀行の場合は、記号(5桁)は左詰め、番号は右詰めを記入し、空欄には「0」を記入。)

Kind of deposit Account number

㉓金融機関 ㉔店舗 ㉕郵便局コード

金融機関コード 郵便局コード

㉓㉔㉕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。

㉖振込の希望 ㉗口座名義人

Name of financial institution Branch name Account holder

⑳の者については、㉘、㉙、㉚、㉛から㉜まで(㉝の(ラ)を除く。ア、及び別紙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)

労働者の直接所属事業場名称所在地 電話() -

(注意) 1. ㉘の(イ)及び(ロ)については、㉜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。

㉞傷部の部位及び傷病名 ㉟療養の期間 ㊱療養の現況 ㊲療養の経過

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

⑫の者については、㉞から㉟まで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 病院又は診療所の名称 診療担当者氏名

⑫の者については、㉞から㉟まで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 病院又は診療所の名称 診療担当者氏名

請求書の記入欄

Date of application 〒 - A zip code 電話(Telephone) -

住所 Address (方)

請求人の申請人 氏名 Name Sign 印

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。

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

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 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 所属事業場 フリガナ Address 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(か)どの期間に記録されたか | | | | | |
| The cause of the disaster and the outback situation | | | | | |
| ⑩ 厚生年金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 Kind of pension | | ⑭ 障害等級 Grade of disability | | ⑮ 支給される年金の額 Amount of provided pension | |
| ⑯ 厚生年金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 支給されることとなった年月日 Date to have been provided | | ⑱ 等級 Grade | |
| ⑲ 事業主証明欄 事業主の氏名 電話 () - - 事業主の所在地 〒 - - 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) 年 月 日 事業主証明欄 (注意) ⑲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。 | | | | | |
| 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 Part and symptom of existing trouble | | | |
| ⑫ 添付する書類その他の資料 Name of appended document | | | | | |
| ⑬ 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 | | ⑭ 金融機関店舗コード ※ 銀行・金庫 信組 Branch name 本店・本所 出張所 支店・支所 預金通帳の記号番号 普通・当座 第 Sign number of bankbook | | | |
| ⑮ 郵便局 Name of postal savings (katakana) Name of postal savings | | ⑯ 郵便局コード ※ 郵便局コード Address 都道府県 市郡区 預金通帳の記号番号 第 Sign number of bankbook 号 | | | |
| ⑰ 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 請求人 氏名 Name Sign 労働基準監督署長 殿 個人番号 | | | | | |
| ⑱ 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 | | ⑲ 支店名 Branch name 本店・本所 出張所 支店・支所 農協・漁協・信組 | | ⑳ 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
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
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(文)どのような不安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

⑨ 受給者の受給年給付関係
① 死亡労働者の母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。 ・規定請求中 ・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
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 障害の有無
Name Birthday Address Relation to worker Presence or Handicap
ある・ない
ある・ない
ある・ない
ある・ない

⑪ 請求人以外
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 障害の有無
Name Birthday Address Relation to worker Presence or Handicap
ある・ない
ある・ない
ある・ない
ある・ない

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

⑬ 希望する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
Financial institution or post office where transfer of pension is hoped
年金の払渡しを受けることを希望する金融機関の名称
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 市区町村 支店番号
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)の氏名 Name Sign
個人番号
□本件手続を裏面に記載の社会保険労務士に委託します。

特別支給金について振込を希望する金融機関の名称 本店・本所 出張所 支店・支所
Name Branch name
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。 | | | | | |
| 事業の名称 年 月 日 事業主証明欄 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 住 宅 区 町 丁目 番 号 号 室 号 住 居 区 町 丁目 番 号 号 室 号 | |
| 請求人との関係 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 | | 口座名義人 Nominee | |

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 住 所 死亡労働者との関係 | | Name(katakana) Address Relation to worker |
| ② 年金証書の番号 管轄局 種別 西暦年 番号 | | ④ フリガナ 死 氏 名 生年月日 働 職 種 の 所属事業場 名称所在地 | | 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 ⑦ 死 亡 年 月 日 date of death 年 月 日 |
| ⑥ 災害の原因及び発生状況 <small>(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</small> | | The cause of the disaster and the outbreak situation | | ⑧ 平 均 賃 金 Average wages 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 事業主証明欄 〒 - 事業場の所在地 事業主の氏名 ⑩ (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 | | 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 | | Claimant's 請求人の 住 所 氏 名 | | Address Name Sign ⑩ |
| 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 普通・当座 第 Account number 口座名義人 Nominee |

災害が発生した場所、そのときの作業内容、状況を明確にしてください。

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

⑭ (ホ) 請求対象年月 ⑮ (ヘ) 費用を支出して介護を受けた日数 ⑯ (ト) 介護に要する費用と介護に要した費用との差額

⑰ (ホ) 請求対象年月 ⑱ (ヘ) 費用を支出して介護を受けた日数 ⑲ (ト) 介護に要する費用と介護に要した費用との差額

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 ⑳ 金融機関コード

Financial institutions where transfer is hoped Account holder

Name Branch name Account holder

⑳ 金融機関コード

㉑ 預(貯)金の種別 ㉒ 口座番号 (左詰め、ゆうちょ銀行の場合は、記号(5桁)は左詰め、番号は右詰めを記入し、空欄には「0」を記入)

Type of deposit Account number

1:普通 3:当座

口座名義人(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。

Account holder (Katakana)

Account holder (Jintokushiki)

(続き) 口座名義人(カタカナ)

右の欄及び㉑～㉒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。

(リ) 介護を受けた場所等 (ロ) 介護を受けた施設等 (ハ) 介護を受けた施設等 (ニ) 介護を受けた施設等

Home Facilities etc

Address Name

電話 () -

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。

(ヌ) 氏名 生年月日 続柄 介護期間・日数 区分

Name Birthday Relationship Nursing period and days Division

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

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

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

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。

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。

(ル) 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)

Appended document

介護補償給付の支給を請求します。

〒 A zip-code 電話 (Telephone) -

年 月 日 住所 Address

請求人の () 方

氏名 Name 印 Sign

労働基準監督署長 殿

[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.

住所 Address 氏名 Name 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。

自筆による署名の場合には、押印は必要ありません。

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

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 |

