

裏面に記載してある注意事項をよく読んで上で、記入してください。

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	ヽ
3	8	エ	ケ	セ	テ	ネ	ヘ	メ	レ	。	
4	9	オ	コ	ソ	ト	ノ	ホ	モ	ヨ	ロ	ー

療養補償給付たる療養の給付請求書

帳票種別 ※ **34550** ① 管轄局署     ② 業通別 **1** ③ 保留  ④ 受付年月日 年 月 日

⑤ 労働保険番号 府 県 所 掌 管 轄 基 幹 番 号 枝 番 号 ⑥ 処理区分 ※ ⑦ 支給・不支給決定年月日 年 月 日

⑧ 性別  男  女 ⑨ 労働者の生年月日 年 月 日 ⑩ 負傷又は発病年月日 年 月 日 ⑪ 再発年月日 年 月 日

⑫ 労働者の氏名 ( 歳 ) ⑬ 三者  ⑭ 特疾  ⑮ 特別加入者

⑯ 災害の原因及び発生状況 ⑰ 災害発生の実事を確認した者の職名、氏名

⑱ 指定病院等の名称 所在地 電話番号 郵便番号 局番

⑲ 傷病の部位及び状態

⑲の者については、⑩、⑬及び⑱に記載したとおりであることを証明します。 年 月 日

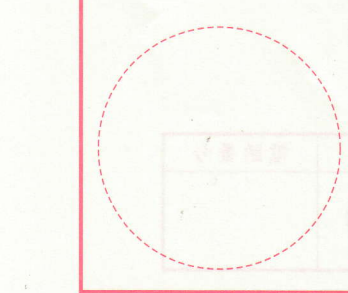
事業の名称 電話番号 局番 事業場の所在地 郵便番号

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 電話番号 局番 (注意) 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している支店、工場、工事現場等の場合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 労働基準監督署長 殿

請求人の住所 ( 方 ) 氏名 郵便番号 電話番号



支不支給決定決議書	署長	次長	課長	係長	係	決定年月日	
	調査年月日					不支給の理由	
	復命書番号	第 号	第 号	第 号	第 号		

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。

(この欄は記入しないでください。)