様式第16号の3（表面）労働者災害補償保険

通勤災害用

療養給付たる療養の給付請求書

裏面に記載してある注意事項をよく読んだ上で、記入してください。

標準字体												
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	゛
3	8	エ	ケ	セ	テ	ネ	ヘ	メ		レ	゜
4	9	オ	コ	ソ	ト	ノ	ホ	モ	ヨ	ロ	ー

標準字体で記入してください。

帳票種別 ※ 34550　① 管轄局署　② 業通別 3（1 業 3 通）　③ 保留（1 全レセ 3 全給付）　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

年金証書番号記入欄

⑥ 処理区分 ※　⑦ 支給・不支給決定年月日　年　月　日

⑧ 性別（1 男 3 女）　⑨ 労働者の生年月日（元号 1 明治 3 大正 5 昭和 7 平成）　年　月　日（1～9年は右へ　1～9月は右へ　1～9日は右へ）

⑩ 負傷又は発病年月日　年　月　日（1～9年は右へ　1～9月は右へ　1～9日は右へ）

⑪ 再発年月日 ※　年　月　日

⑫ 労働者の

シメイ（カタカナ）；姓と名の間は１文字あけて記入してください。

氏名　（　歳）

フリガナ

住所

職種

⑬ 三者 ※（1 自 3 労 5 他）　⑭　⑮ 特別加入者

⑯ 第三者行為災害　該当する・該当しない

⑰ 健康保険日雇特例被保険者手帳の記号及び番号

⑱ 通勤災害に関する事項　裏面のとおり

⑲ 指定病院等の　名称　電話番号　局　番

所在地　郵便番号　－

⑳ 傷病の部位及び状態

⑫の者については、⑩及び裏面の㋑、㋺、㋩、㋥、㋭、㋬（通常の通勤の経路及び方法に限る。）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）1　事業主は、裏面の㋑、㋺及び㋬については、知り得なかった場合には証明する必要がないので、知り得なかった事項の符号を消してください。

2　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

（病院 診療所 薬局 訪問看護事業者 経由）

請求人の　郵便番号　－　電話番号　局　番

住所　（　方）

氏名　㊞

支不支給決定決議書	署長	次長	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			

※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。）

（物品番号 7211）13.2