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	1	2	3	4	5	6	7	8	9	"	°	ー
ア	イ	ウ	エ	オ	カ	キ	ク	ケ	コ	サ	シ	ス	セ	ソ	タ	チ	ツ	テ	ト	ナ	ニ	ヌ
ネ	ノ	ハ	ヒ	フ	ヘ	ホ	マ	ミ	ム	メ	モ	ヤ	ユ	ヨ	ラ	リ	ル	レ	ロ	ワ	ン	

※帳票種別　34590

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）

⑥処理区分　□□

④受付年月日　※□□□□□□□（元号 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

㉓兼業　※□

⑦支給・不支給決定年月日　※□□□□□□□（元号 年 月 日）

⑧性別　□（1男 3女）

⑨労働者の生年月日　□□□□□□□（元号 年 月 日）（1明治 3大正 5昭和 7平成 9令和）
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　□□□□□□□（元号 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　※□□□□□□□（元号 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。濁点・半濁点は1文字として記入してください。
□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

氏名　（　　歳）

⑯郵便番号　□□□－□□□□

フリガナ

住所

職種

⑬三者　※□（1自 3労 5他）

⑮特別加入者　□□

⑰第三者行為災害　該当する・該当しない

⑱健康保険日雇特例被保険者手帳の記号及び番号

⑲通勤災害に関する事項　裏面のとおり

⑳指定病院等の
名称　電話（　　　）　－
所在地　〒　　－

㉑傷病の部位及び状態

⑫の者については、⑩及び裏面の(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)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（　　　）　－

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）

労働者の所属事業場の名称・所在地　電話（　　　）　－

（注意）
1　事業主は、裏面の(ロ)、(ハ)及び(リ)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。
3　派遣労働者について、療養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

〒　　－　電話（　　　）　－

請求人の
住所　（　　方）
氏名

支給・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			

（この欄は記入しないでください。）

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。

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．住居から就業の場所への移動　ロ．就業の場所から住居への移動 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　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		年　月　日　午前後　時　分頃
（ハ）	災害発生の場所		（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）
（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）		年　月　日　午前後　時　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）		年　月　日　午前後　時　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　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）⑩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		
（ル）	現認者の	住所	
		氏名	電話（　）　―
（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○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　l はカギを付けないで垂直に、 4 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	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。 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
			（　）　―