

号(表面) 労働者災害補償保険

裏面に記載してある注意
事項をよく読んだ上で、
記入してください。

療養補償給付たる療養の給付請求書

標準字体で記入してください。

帳票種別 ※ 34500		① 管轄局署 ② 業種別 ③ 保留 ④ 受付年月日		⑤ 処理区分 ⑦ 支給・不支給決定年月日	
⑥ 性別 ⑧ 労働者の生年月日 ⑨ 傷病又は発病年月日		⑩ 再発年月日 ⑪ 三者 ⑫ 特異 ⑬ 特別加入者		⑭ 氏名 ⑮ 氏名 ⑯ 氏名	
⑰ 氏名 フリガナ 住所 職種		⑰ 傷病又は発病の時刻 午後 ⑱ 労働者の職名、氏名 職名 氏名		⑲ 指定病院等の 所在地 電話番号 郵便番号	
⑲ 傷病の部位及び状態 ⑳ の者については、⑩、⑪及び⑬に記載したとおりであることを証明します。		㉑ 事業の名称 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)		㉒ 労働者の所属事業場の名称・所在地 電話番号 局番	
㉓ 上記により療養補償給付たる療養の給付を請求します。		㉔ 労働基準監督署長 殿 病診業経由 訪問看護事業者		㉕ 請求人の 住所 氏名	
㉖ 署長 次長 課長 係長 係		㉗ 調査年月日 復命書番号 第号 第号 第号 第号		㉘ 決定年月日 不支給の理由	

- (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欄には、該当事項を○で囲む（ただし、⑧欄及び⑨欄の元号については、該当番号を記入枠に記入する）。
- (2) ⑰は、災害発生の事実を確認した人（確認した者が多数のときは最初に発見した人）を記入する。（事故現場の状況をよく把握している人の方がよい）
- (3) ⑱はどのような場所で、どのような作業をしている時に、どのような物、環境又は状態で、どのようにして災害が発生したかを、記入する。
- (4) 傷病補償年金の受給権者が当該傷病に係る病養の給付を請求する場合には、⑤労働保険番号欄に左詰めで年金証書番号を記入する。また、⑨及び⑩欄は記入しない。
- (5) 「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、自筆による署名でよい。請求人は、ケガをした従業員となる。
- (6) ⑲指定病院等の名称、所在地欄は、労災指定病院の名称及び所在地を正確に記入する。
- (7) ⑳傷病の部位及び状態欄は、具体的にわかりやすく記入する。医者の診断書記載の疾病名称をそのまま使用してもよい。
- (8) 労働者所属事業場の名称・所在地に記す場合は、営業所もしくは支店に勤務する社員が対象となった場合で、かつ本社で労働保険手続きを一括して行っている。通常の小企業は、一括手続きが多い。