

労災（業務災害/指定病院）様式第5号 記入見本

青字で記載されている部分に、
《例》を参考にして、ご自分
の状況を記入してください。

通勤災害の場合は、様式第16号の3に記入してください。

事故発生の日時または、発病の
日時を正確に記入してください。

災害発生の事実を確認した人の役職名と氏名を記入します。

職種はなるべく具体的に、作業内容がわかるように記入してください。

Ⓐどのような場所で、Ⓑどのような作業をしているときに、Ⓒどのような物または環境に、Ⓓどのような不安全または有害な状況があって、Ⓔどのような災害が発生したかを、わかりやすく記入してください。負傷または発病年月日と初診日が異なる場合は、その理由も記入してください。

事業所の形態によって、記載住所が違ってくるので、**本社総務課で記入**します

赤字で記載されている部分は、
本社総務課で記入いたします

[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)で直接読み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。

- 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。
「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) い 二 三 四 五 六 七 は

キッテ → キツテ キヨ → キヨ

キッテ → キツ|テ キョ→キヨ バ→ハ*

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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。

1. 请将本页全部内容填写完整。 2. 请在相应的栏内打“√”或“×”。

www.english-test.net

【裏面】

様式第5号(裏面)

②その他就業先の有無 (ただし表面の事業場を含まない) 社		有の場合でいざ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
有 無	劳 勤 保 险 番 号 (特 别 加 入)	加入年月日 年 月 日

複数の事業所で就業されている場合、「有」に○をつけ、該当する事業所の数を記入してください。

[項目記入にあたっての注意事項]

- 1 記入すべき事項のない欄又は記入枠は空欄のままでし、事項を選択する場合には該当事項を○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 ⑩は、災害発生の事実を確認した者(確認した者が多数のときは最初に発見した者)を記載してください。
- 3 傷病補償年金又は複数事業労働者傷病年金の受給権者が当該傷病に係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めで年金証書番号を記入してください。また、⑦及び⑧は記入しないでください。
- 4 複数事業労働者療養給付の請求は、療養補償給付の支給決定がなされた場合、遡って請求されなかつものとみなされます。
- 5 ②「その他就業先の有無」欄の記載がない場合又は複数就業していない場合は、複数事業労働者療養給付の請求はないものとして取り扱います。
- 6 疾病に係る請求の場合、脳・心臓疾患、精神障害及びその他二以上の事業の業務を要因とすることが明らかな疾病以外は、療養補償給付のみで請求されることとなります。

記入に際しての注意事項となります。こちらの内容について、ひとつ通り、お読みください。

[その他の注意事項]

この用紙は、機械によって読取りを行いますので汚したり、穴をあけたり、必要以上に強く折り曲げたり、のりづけしたりしないでください。

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、⑪及び⑫)の記載内容について事実と相違ないことを証明します。		
	事 業 の 名 称	電 話 () —	
	年 月 日	〒	—
	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 勤 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
			() —