

## 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、①どのような作業をしているときに、②どのような物または環境に、③どのような不安全または有害な状況があって、④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 一 二

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、小さく丸を付けてください。

4.  请将以下文字输入到对话框中：  
 请将以下文字输入到对话框中：

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		有の場合はその数 (ただし表面の事業場を含まない) 社	有の場合でいす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	

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、⑪及び⑫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 ⑫「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 年 月 日	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
		( ) -	

## 労災（業務災害/非指定病院）様式第7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(非指定病院)の場合は、  
様式第16号の5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。

銀行等に振込みを希望する場合は、ご本人の口座番号を記入してください。

- ゆうちょ銀行口座(記号・番号)を指定する場合、記号は『1』から始まる5桁、番号は『1』で終わる最大8桁となります。番号が8桁未満の場合は、先頭に『0』を付けて、8桁になるようしてください。

【例】番号が『1234561』の場合  
『01234561』となります。

記号(5桁)	番号(8桁)
1 0 x x 0	0 1 2 3 4 5 6 1

診療を行った医師、または歯科医師に記載、証明してもらってください。

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、表面の右上に元の標準字体で記入してください。

- 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。  
「記入」 「うなぎ」などは大きめに書き、濃点・半濃点は「文字」として書いてください。

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)

(例) キッテ → **キツテ**      キョ → **キヨ**

2020-2021 学年高二上学期期中考试物理试题卷

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。

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。

1  2  3  4  5  6  7  8  9  0  . 

[View Details](#) | [Edit](#) | [Delete](#)

【裏面】

様式第7号(1)(裏面)

(9) 労働者の 所属事業場の 名前と在地	川崎〇〇病院 川崎市幸区△×町1-9-8	(4) 負傷又は発病の時刻 午前 10時 40分頃	(4) 災害発生の 事業主の職名 マネージャー
(7)災害の原因及び発生状況 (8)どのような場所で(9)のような作業をしていて(10)どのような物又は環境で(11)どのような不安全な又は有害な状態があつて(12)どのような災害が発生したか(13)と初診日(14)異なる機関で(15)の理由を詳細に記入すること			
<p><b>病院内の2階事務室から、1階受付に通じる階段で、業務で使用する書類を見ながら下っていて バランスを崩して足を踏み外し、下から3段目付近から転落し、左足首を捻挫しました。</b></p>			

就業の内訳及び会計

就業内容		点数(点)	就業内容	金額	摘要
初診	時間外・休日・深夜		初診	円	
再診	外来診療料	×	再診	円	
	離島理賃加算	×	掛算	円	
	外業理賃加算	×	その他	円	
	時間外	×			
	休日	×			
	休夜	×			
総 摘					
在宅					
	往診	回			
	夜間	回			
	緊急・深夜	回			
	在宅患者訪問診療	回			
	その他	回			
	業務	回			
投業					
	内服 薬剤	単位			
	調剤	×			
	花服 薬剤	単位			
	外用 薬剤	単位			
	外用 調剤	×			
	処方	回			
	麻毒	回			
	譲渡	回			
注射					
	皮下筋肉内	回			
	静脈内	回			
	その他	回			
助 剤					
	薬剤	回			
手 術					
	術前	回			
	術後	回			
検査					
	検査	回			
画像診断					
	撮影	回			
	その他の検査	回			
	検査	回			
入院					
	入院年月日	年 月 日			
	病・診・衣	入院基本料・加算			
		× 日間			
		×	日間		
		×	日間		
		×	日間		
	特別定入院料・その他				
小計	点	①	円 合計金額 ①+②	円	

(注) 意

一、共済往診受取の場合は、該当する事項を○で囲むこと。

二、(二)(一)の(1)の(2)の(3)の(4)の(5)の(6)の(7)の(8)の(9)の(10)の(11)の(12)の(13)の(14)の(15)の(16)の(17)の(18)の(19)の(20)の(21)の(22)の(23)の(24)の(25)の(26)の(27)の(28)の(29)の(30)の(31)の(32)の(33)の(34)の(35)の(36)の(37)の(38)の(39)の(40)の(41)の(42)の(43)の(44)の(45)の(46)の(47)の(48)の(49)の(50)の(51)の(52)の(53)の(54)の(55)の(56)の(57)の(58)の(59)の(60)の(61)の(62)の(63)の(64)の(65)の(66)の(67)の(68)の(69)の(70)の(71)の(72)の(73)の(74)の(75)の(76)の(77)の(78)の(79)の(80)の(81)の(82)の(83)の(84)の(85)の(86)の(87)の(88)の(89)の(90)の(91)の(92)の(93)の(94)の(95)の(96)の(97)の(98)の(99)の(100)の(101)の(102)の(103)の(104)の(105)の(106)の(107)の(108)の(109)の(110)の(111)の(112)の(113)の(114)の(115)の(116)の(117)の(118)の(119)の(120)の(121)の(122)の(123)の(124)の(125)の(126)の(127)の(128)の(129)の(130)の(131)の(132)の(133)の(134)の(135)の(136)の(137)の(138)の(139)の(140)の(141)の(142)の(143)の(144)の(145)の(146)の(147)の(148)の(149)の(150)の(151)の(152)の(153)の(154)の(155)の(156)の(157)の(158)の(159)の(160)の(161)の(162)の(163)の(164)の(165)の(166)の(167)の(168)の(169)の(170)の(171)の(172)の(173)の(174)の(175)の(176)の(177)の(178)の(179)の(180)の(181)の(182)の(183)の(184)の(185)の(186)の(187)の(188)の(189)の(190)の(191)の(192)の(193)の(194)の(195)の(196)の(197)の(198)の(199)の(200)の(201)の(202)の(203)の(204)の(205)の(206)の(207)の(208)の(209)の(210)の(211)の(212)の(213)の(214)の(215)の(216)の(217)の(218)の(219)の(220)の(221)の(222)の(223)の(224)の(225)の(226)の(227)の(228)の(229)の(230)の(231)の(232)の(233)の(234)の(235)の(236)の(237)の(238)の(239)の(240)の(241)の(242)の(243)の(244)の(245)の(246)の(247)の(248)の(249)の(250)の(251)の(252)の(253)の(254)の(255)の(256)の(257)の(258)の(259)の(260)の(261)の(262)の(263)の(264)の(265)の(266)の(267)の(268)の(269)の(270)の(271)の(272)の(273)の(274)の(275)の(276)の(277)の(278)の(279)の(280)の(281)の(282)の(283)の(284)の(285)の(286)の(287)の(288)の(289)の(290)の(291)の(292)の(293)の(294)の(295)の(296)の(297)の(298)の(299)の(300)の(301)の(302)の(303)の(304)の(305)の(306)の(307)の(308)の(309)の(310)の(311)の(312)の(313)の(314)の(315)の(316)の(317)の(318)の(319)の(320)の(321)の(322)の(323)の(324)の(325)の(326)の(327)の(328)の(329)の(330)の(331)の(332)の(333)の(334)の(335)の(336)の(337)の(338)の(339)の(340)の(341)の(342)の(343)の(344)の(345)の(346)の(347)の(348)の(349)の(350)の(351)の(352)の(353)の(354)の(355)の(356)の(357)の(358)の(359)の(360)の(361)の(362)の(363)の(364)の(365)の(366)の(367)の(368)の(369)の(370)の(371)の(372)の(373)の(374)の(375)の(376)の(377)の(378)の(379)の(380)の(381)の(382)の(383)の(384)の(385)の(386)の(387)の(388)の(389)の(390)の(391)の(392)の(393)の(394)の(395)の(396)の(397)の(398)の(399)の(400)の(401)の(402)の(403)の(404)の(405)の(406)の(407)の(408)の(409)の(410)の(411)の(412)の(413)の(414)の(415)の(416)の(417)の(418)の(419)の(420)の(421)の(422)の(423)の(424)の(425)の(426)の(427)の(428)の(429)の(430)の(431)の(432)の(433)の(434)の(435)の(436)の(437)の(438)の(439)の(440)の(441)の(442)の(443)の(444)の(445)の(446)の(447)の(448)の(449)の(450)の(451)の(452)の(453)の(454)の(455)の(456)の(457)の(458)の(459)の(460)の(461)の(462)の(463)の(464)の(465)の(466)の(467)の(468)の(469)の(470)の(471)の(472)の(473)の(474)の(475)の(476)の(477)の(478)の(479)の(480)の(481)の(482)の(483)の(484)の(485)の(486)の(487)の(488)の(489)の(490)の(491)の(492)の(493)の(494)の(495)の(496)の(497)の(498)の(499)の(500)の(501)の(502)の(503)の(504)の(505)の(506)の(507)の(508)の(509)の(510)の(511)の(512)の(513)の(514)の(515)の(516)の(517)の(518)の(519)の(520)の(521)の(522)の(523)の(524)の(525)の(526)の(527)の(528)の(529)の(530)の(531)の(532)の(533)の(534)の(535)の(536)の(537)の(538)の(539)の(540)の(541)の(542)の(543)の(544)の(545)の(546)の(547)の(548)の(549)の(550)の(551)の(552)の(553)の(554)の(555)の(556)の(557)の(558)の(559)の(560)の(561)の(562)の(563)の(564)の(565)の(566)の(567)の(568)の(569)の(570)の(571)の(572)の(573)の(574)の(575)の(576)の(577)の(578)の(579)の(580)の(581)の(582)の(583)の(584)の(585)の(586)の(587)の(588)の(589)の(590)の(591)の(592)の(593)の(594)の(595)の(596)の(597)の(598)の(599)の(600)の(601)の(602)の(603)の(604)の(605)の(606)の(607)の(608)の(609)の(610)の(611)の(612)の(613)の(614)の(615)の(616)の(617)の(618)の(619)の(620)の(621)の(622)の(623)の(624)の(625)の(626)の(627)の(628)の(629)の(630)の(631)の(632)の(633)の(634)の(635)の(636)の(637)の(638)の(639)の(640)の(641)の(642)の(643)の(644)の(645)の(646)の(647)の(648)の(649)の(650)の(651)の(652)の(653)の(654)の(655)の(656)の(657)の(658)の(659)の(660)の(661)の(662)の(663)の(664)の(665)の(666)の(667)の(668)の(669)の(670)の(671)の(672)の(673)の(674)の(675)の(676)の(677)の(678)の(679)の(680)の(681)の(682)の(683)の(684)の(685)の(686)の(687)の(688)の(689)の(690)の(691)の(692)の(693)の(694)の(695)の(696)の(697)の(698)の(699)の(700)の(701)の(702)の(703)の(704)の(705)の(706)の(707)の(708)の(709)の(710)の(711)の(712)の(713)の(714)の(715)の(716)の(717)の(718)の(719)の(720)の(721)の(722)の(723)の(724)の(725)の(726)の(727)の(728)の(729)の(730)の(731)の(732)の(733)の(734)の(735)の(736)の(737)の(738)の(739)の(740)の(741)の(742)の(743)の(744)の(745)の(746)の(747)の(748)の(749)の(750)の(751)の(752)の(753)の(754)の(755)の(756)の(757)の(758)の(759)の(759)の(760)の(761)の(762)の(763)の(764)の(765)の(766)の(767)の(768)の(769)の(770)の(771)の(772)の(773)の(774)の(775)の(776)の(777)の(778)の(779)の(779)の(780)の(781)の(782)の(783)の(784)の(785)の(786)の(787)の(788)の(789)の(789)の(790)の(791)の(792)の(793)の(794)の(795)の(796)の(797)の(798)の(799)の(799)の(800)の(801)の(802)の(803)の(804)の(805)の(806)の(807)の(808)の(809)の(809)の(810)の(811)の(812)の(813)の(814)の(815)の(816)の(817)の(818)の(819)の(819)の(820)の(821)の(822)の(823)の(824)の(825)の(826)の(827)の(828)の(829)の(829)の(830)の(831)の(832)の(833)の(834)の(835)の(836)の(837)の(838)の(839)の(839)の(840)の(841)の(842)の(843)の(844)の(845)の(846)の(847)の(848)の(849)の(849)の(850)の(851)の(852)の(853)の(854)の(855)の(856)の(857)の(858)の(859)の(859)の(860)の(861)の(862)の(863)の(864)の(865)の(866)の(867)の(868)の(869)の(869)の(870)の(871)の(872)の(873)の(874)の(875)の(876)の(877)の(878)の(879)の(879)の(880)の(881)の(882)の(883)の(884)の(885)の(886)の(887)の(888)の(889)の(889)の(890)の(891)の(892)の(893)の(894)の(895)の(896)の(897)の(898)の(899)の(899)の(900)の(901)の(902)の(903)の(904)の(905)の(906)の(907)の(908)の(909)の(909)の(910)の(911)の(912)の(913)の(914)の(915)の(916)の(917)の(918)の(919)の(919)の(920)の(921)の(922)の(923)の(924)の(925)の(926)の(927)の(928)の(929)の(929)の(930)の(931)の(932)の(933)の(934)の(935)の(936)の(937)の(938)の(939)の(939)の(940)の(941)の(942)の(943)の(944)の(945)の(946)の(947)の(948)の(949)の(949)の(950)の(951)の(952)の(953)の(954)の(955)の(956)の(957)の(958)の(959)の(959)の(960)の(961)の(962)の(963)の(964)の(965)の(966)の(967)の(968)の(969)の(969)の(970)の(971)の(972)の(973)の(974)の(975)の(976)の(977)の(978)の(979)の(979)の(980)の(981)の(982)の(983)の(984)の(985)の(986)の(987)の(988)の(989)の(989)の(990)の(991)の(992)の(993)の(994)の(995)の(996)の(997)の(998)の(999)の(999)の(1000)の(1001)の(1002)の(1003)の(1004)の(1005)の(1006)の(1007)の(1008)の(1009)の(1009)の(1010)の(1011)の(1012)の(1013)の(1014)の(1015)の(1016)の(1017)の(1018)の(1019)の(1019)の(1020)の(1021)の(1022)の(1023)の(1024)の(1025)の(1026)の(1027)の(1028)の(1029)の(1029)の(1030)の(1031)の(1032)の(1033)の(1034)の(1035)の(1036)の(1037)の(1038)の(1039)の(1039)の(1040)の(1041)の(1042)の(1043)の(1044)の(1045)の(1046)の(1047)の(1048)の(1049)の(1049)の(1050)の(1051)の(1052)の(1053)の(1054)の(1055)の(1056)の(1057)の(1058)の(1059)の(1059)の(1060)の(1061)の(1062)の(1063)の(1064)の(1065)の(1066)の(1067)の(1068)の(1069)の(1069)の(1070)の(1071)の(1072)の(1073)の(1074)の(1075)の(1076)の(1077)の(1078)の(1079)の(1079)の(1080)の(1081)の(1082)の(1083)の(1084)の(1085)の(1086)の(1087)の(1088)の(1089)の(1089)の(1090)の(1091)の(1092)の(1093)の(1094)の(1095)の(1096)の(1097)の(1098)の(1098)の(1099)の(1099)の(1100)の(1101)の(1102)の(1103)の(1104)の(1105)の(1106)の(1107)の(1108)の(1109)の(1109)の(1110)の(1111)の(1112)の(1113)の(1114)の(1115)の(1116)の(1117)の(1118)の(1119)の(1119)の(1120)の(1121)の(1122)の(1123)の(1124)の(1125)の(1126)の(1127)の(1128)の(1129)の(1129)の(1130)の(1131)の(1132)の(1133)の(1134)の(1135)の(1136)の(1137)の(1138)の(1139)の(1139)の(1140)の(1141)の(1142)の(1143)の(1144)の(1145)の(1146)の(1147)の(1148)の(1149)の(1149)の(1150)の(1151)の(1152)の(1153)の(1154)の(1155)の(1156)の(1157)の(1158)の(1159)の(1159)の(1160)の(1161)の(1162)の(1163)の(1164)の(1165)の(1166)の(1167)の(1168)の(1169)の(1169)の(1170)の(1171)の(1172)の(1173)の(1174)の(1175)の(1176)の(1177)の(1178)の(1179)の(1179)の(1180)の(1181)の(1182)の(1183)の(1184)の(1185)の(1186)の(1187)の(1188)の(1188)の(1189)の(1189)の(1190)の(1191)の(1192)の(1193)の(1194)の(1195)の(1196)の(1197)の(1198)の(1198)の(1199)の(1199)の(1200)の(1201)の(1202)の(1203)の(1204)の(1205)の(1206)の(1207)の(1208)の(1209)の(1209)の(1210)の(1211)の(1212)の(1213)の(1214)の(1215)の(1216)の(1217)の(1218)の(1219)の(1219)の(1220)の(1221)の(1222)の(1223)の(1224)の(1225)の(1226)の(1227)の(1228)の(1229)の(1229)の(1230)の(1231)の(1232)の(1233)の(1234)の(1235)の(1236)の(1237)の(1238)の(1239)の(1239)の(1240)の(1241)の(1242)の(1243)の(1244)の(1245)の(1246)の(1247)の(1248)の(1249)の(1249)の(1250)の(1251)の(1252)の(1253)の(1254)の(1255)の(1256)の(1257)の(1258)の(1259)の(1259)の(1260)の(1261)の(1262)の(1263)の(1264)の(1265)の(1266)の(1267)の(1268)の(1269)の(1269)の(1270)の(1271)の(1272)の(1273)の(1274)の(1275)の(1276)の(1277)の(1278)の(1279)の(1279)の(1280)の(1281)の(1282)の(1283)の(1284)の(1285)の(1286)の(1287)の(1288)の(1288)の(1289)の(1289)の(1290)の(1291)の(1292)の(1293)の(1294)の(1295)の(1296)の(1297)の(1297)の(1298)の(1299)の(1299)の(1300)の(1301)の(1302)の(1303)の(1304)の(1305)の(1306)の(1307)の(1308)の(1308)の(1309)の(1309)の(1310)の(1311)の(1312)の(1313)の(1314)の(1315)の(1316)の(1317)の(1318)の(1318)の(1319)の(1319)の(1320)の(1321)の(1322)の(1323)の(1324)の(1325)の(1326)の(1327)の(1328)の(1329)の(1329)の(1330)の(1331)の(1332)の(1333)の(1334)の(1335)の(1336)の(1337)の(1338)の(1339)の(1339)の(1340)の(1341)の(1342)の(1343)の(1344)の(1345)の(1346)の(1347)の(1348)の(1349)の(1349)の(1350)の(1351)の(1352)の(1353)の(1354)の(1355)の(1356)の(1357)の(1358)の(1359)の(1359)の(1360)の(1361)の(1362)の(1363)の(1364)の(1365)の(1366)の(1367)の(1368)の(1369)の(1369)の(1370)の(1371)の(1372)の(1373)の(1374)の(1375)の(1376)の(1377)の(1378)の(1379)の(1379)の(1380)の(1381)の(1382)の(1383)の(1384)の(1385)の(1386)の(1387)の(1388)の(1388)の(1389)の(1389)の(1390)の(1391)の(1392)の(1393)の(1394)の(1395)の(1396)の(1397)の(1398)の(1398)の(1399)の(1399)の(1400)の(1401)の(1402)の(1403)の(1404)の(1405)の(1406)の(1407)の(1408)の(1408)の(1409)の(1409)の(1410)の(1411)の(1412)の(1413)の(1414)の(1415)の(1416)の(1417)の(1418)の(1418)の(1419)の(1419)の(1420)の(1421)の(1422)の(1423)の(1424)の(1425)の(1426)の(1427)の(1428)の(1429)の(1429)の(1430)の(1431)の(1432)の(1433)の(1434)の(1435)の(1436)の(1437)の(1438)の(1439)の(1439)の(1440)の(1441)の(1442)の(1443)の(1444)の(1445)の(1446)の(1447)の(1448)の(1449)の(1449)の(1450)の(1451)の(1452)の(1453)の(1454)の(1455)の(1456)の(1457)の(1458)の(1459)の(1459)の(1460)の(1461)の(1462)の(1463)の(1464)の(1465)の(1466)の(1467)の(1468)の(1469)の(1469)の(1470)の(147

## 労災（通勤災害）様式第16号 記入見本

**標準字体で記入してください。**

■ 第16号の3(表面) 労働者災害補償保険 通勤災害用		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。																													
		<b>標準字体</b> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 " 。 - . アイウ エオカキケコサシスセツタテナニヌ メ ノハロフヘホマミムメモヤユヨラリルレロワソ																													
病院種別 <b>34590</b> ①管轄局番 ②都道府県 ③保健所 ④受付年月日 ⑤就業 ⑥支給・不支給決定年月日 ⑦支給年月日 ⑧就業年月日 ⑨特別加入者 ⑩第三者行為災害 ⑪被當する・被當しない ⑫健康保険日雇物例被保険者手帳の記号及び番号		①管轄局番 ②都道府県 ③保健所 ④受付年月日 ⑤就業 ⑥支給・不支給決定年月日 ⑦支給年月日 ⑧就業年月日 ⑨特別加入者 ⑩第三者行為災害 ⑪被當する・被當しない ⑫健康保険日雇物例被保険者手帳の記号及び番号																													
①被保険者番号 <b>13104225419000</b> ②性別 <b>男</b> ③労働者の年齢 <b>35歳</b> ④負傷又は疾患の年齢 <b>904025</b> ⑤勤務地 <b>ソラストハナコ</b> ⑥氏名 <b>空洲渡花子</b> (37歳) ⑦就業場所番号 <b>108-0000</b> 東京都○○区 ⑧住所 <b>ホンチヨク</b> 本町1-1-1 ⑨職種 <b>病院受付</b>		①被保険者番号 <b>13104225419000</b> ②性別 <b>男</b> ③労働者の年齢 <b>35歳</b> ④負傷又は疾患の年齢 <b>904025</b> ⑤勤務地 <b>ソラストハナコ</b> ⑥氏名 <b>空洲渡花子</b> (37歳) ⑦就業場所番号 <b>108-0000</b> 東京都○○区 ⑧住所 <b>ホンチヨク</b> 本町1-1-1 ⑨職種 <b>病院受付</b>																													
⑩通勤災害に関する事項 裏面のとおり																															
⑪事業の名称 <b>株式会社ソラスト</b> 電話 <b>03-3450-2610</b> ⑫事業場の所在地 <b>東京都港区港南2丁目15番3号 品川インターシティC棟12階</b> 〒 <b>108-8210</b> ⑬事業主の氏名 <b>代表取締役社長 藤河芳一</b> (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) ⑭労働者の所属事業場の名称・所在地 <b>川崎○○病院 川崎市幸田△×町1-9-8</b> 重話 <b>044-001-0001</b> (注意) 1 事業主は、裏面の(口)、(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。 令和4年 7月26日																															
上記による療養給付たる療養の給付を請求します。 <b>川崎南</b> 労働基準監督署長 殿 病院 診療所 諸般の事由 請求人の 氏名 <b>空洲渡花子</b>																															
<b>支不支給決定議書</b> <table border="1"> <tr> <td>署長</td> <td>副署長</td> <td>課長</td> <td>係長</td> <td>係長</td> <td>決定年月日</td> <td>*</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>(この欄は記入しないでください)</td> </tr> <tr> <td>調査年月日</td> <td>*</td> <td>*</td> <td>*</td> <td>*</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>復命書番号</td> <td>第</td> <td>号</td> <td>第</td> <td>号</td> <td>第</td> <td>号</td> </tr> </table>				署長	副署長	課長	係長	係長	決定年月日	*							(この欄は記入しないでください)	調査年月日	*	*	*	*			復命書番号	第	号	第	号	第	号
署長	副署長	課長	係長	係長	決定年月日	*																									
						(この欄は記入しないでください)																									
調査年月日	*	*	*	*																											
復命書番号	第	号	第	号	第	号																									

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。

業務災害の場合は、様式第5号  
(非指定病院の場合は、様式第7  
号)に記入してください。

事故発生の日付または、発病の  
日付を正確に記入してください。

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。

事業所の形態等によって、記載  
住所が違ってくるので、**本社総務課**で記入いたします。

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。

【裏面】

様式第16号の3(底面)		通勤災害に関する事項
(イ) 負傷時の通勤の種別	イ 搬持から就業の場所へ	ロ、就業の場所から仕事への移動
(イ) (該当する記号を記入)	イ に先行する住居間の移動	水、並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間	令和4年 7月 25日 午後 8時 30分	
(ハ) 住 宿 施 生 の 場 所	川崎市幸区〇×町 4丁目1-1付近市道	就業の場所 川崎市幸区△×町
(ホ) 就業開始予定期日及び時間	令和4年 7月 25日 午前 9時 00分頃	(二) 通常の通勤の種別(種別以外に該当する場合は記載) のあたる場所の種別
(ヘ) 住居を離れた年月日及び時間	令和4年 7月 25日 午後 8時 30分	(左) 通常の通勤の種別(種別以外に該当する場合は記載する上)、 (右) 異常の通勤の種別(種別以外に該当する場合は記載する上)
(ト) 就業終了の年月日及び時間	年 月 日 午前 8時 30分	
(チ) 就業の場所を離れた年月日及び時間	年 月 日 午前 9時 00分頃	
(リ) 負傷時の通勤の種別(種別以外に該当する場合は記載すること)	JR川崎駅から職場まで徒歩で出勤中、○×町4丁目1-1付近の市道で、 道路の縁石に落書き転倒。その時思わず突いた左手の手首を骨折しました。	
(ア) 埼 線 者 の 住 所	東京都〇〇区××町3-21 川崎〇〇病院マネージャー田中〇〇子 電 044-001-0001	
(ア) 埼 線 者 の 氏 名		
(ツ) 住 在 の 事 業 の 有 無	有 × 無 □	他の他就業先の有無
(ツ) (从业の通勤の種別が「又は」に該当する場合)	勤住地の住居に	有の場合はいずれかの事業で特別扱いしている場合は特別扱い状況(ただし表面の変更を改めない) 労働基準法組合又は特例加入団体の名前
		会員登録日 年 月 日

災害時の通勤の種別について、該当する記号を記入してください。

『災害時の通勤の種別』に記載した通勤に関する移動の、通常の通勤経路、方法、所要時間と、災害発生当日に住居または、就業場所から災害発生場所となった住所に至った経路、方法、所要時間を、わかりやすく記入してください。

※地図を貼付して、それに書き込むことや、適宜別紙に記載して併せて提出することも可能です。

どのような場所で、どのような状態で、どのようにして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、発病の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。

災害発生の事実を確認した方の氏名を記入してください。該当者がいない場合は、災害発生の報告を受けた事業所の方の職名と氏名を記入してください。

【項目記入に当たっての注意事項】

- 記入すべき欄は、欄又は記入枠は空欄のままでし、空欄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欄内に⑤及び選択の元号(即ち表頭の事業場を含まない)及び表頭の事業場又は特例加入団体の名前は記入しないでください)
- 既病金の受取者若しくは該当医療機関にかかる医療の給付を請求する場合は、⑨勤労保険番号欄に在勤年金番号を記入してください。また、並びに該当医療機関若しくは該当医療機関にかかる医療の給付を請求する場合は、⑩勤労保険番号欄に在勤年金番号を記入してください。
- 被災者は、該事業者が健康保険のりんかい特例被保険者でない場合には記載する必要があります。
- (ホ)及び(リ)のどちらの方で行動している間に、移動の終点となる就業の場所における就業時間の予定期刻を、二の場合は、接続するイの移動の終点となる就業の場所における就業時間の予定期刻を記載してください。
- (ア)の場合は、就業終了の年月日及び時間(即ち就業の場所を離れた年月日及び時間)を記載してください。
- (リ)の場合は、通常の通勤の経路を図示し、災害発生の結果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本線等を用いて分かりやすく記載とともに、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〕

- 標準字体で記入枠に記入する文字は、光学式文字読み取り装置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、表面の右側に手書き標準字体で記入してください。
- 記入用具は墨ボールペンを使用し、記入枠からはみ出さないように書いてください。
- 「英字」「えいじ」「英字」「えいじ」とは大きく書き、頭点、半頭点は1文字として書いてください。

(例) キッテ → キツテ キヨ → キヨ バ → ハ□

3 シツソン は斜の線を書き始めるとき、小さくカギを付けてください。

4 1 はカギを付けないで直角に、 4 の2本の縦線は上で閉じないで書いてください。

添道元事業主が記載する事項(表面の欄番号に(ロ)、(イ)、(二)、(ホ)、(ト)、(リ)通常の通勤の経路及び方法に限る。)及び(ツ)の記載について事実と差違がないことを証明します。

添道元事業主 証 明 欄	事業の名称 年 月 日	事業の所在地 年 月 日	事業主の氏名 (法人その他の団体であるときはその名称又は代表者の氏名)
	社会保険 労務士 元業主	作成年月日・使用代行者・専門代理者の表示	氏 名 電話番号 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。

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、ひと通り、お読みください。

## 労災（業務災害/休業補償）様式第8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6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。

銀行等に振込みを希望する場合は、ご本人の口座番号を記入してください

- ゆうちょ銀行口座(記号・番号)を指定する場合、記号は『1』から始まる5桁、番号は『1』で終わる最大8桁となります。番号が8桁未満の場合は、先頭に『0』を付けて、8桁になるようしてください。

【例】番号が『1234561』の場合  
『01234561』となります。

記号(5桁)										番号(8桁)					
1	0	x	x	0	0	1	2	3	4	5	6	1			

『0』を加えてください。  
※記号と番号の間に1行の数字がある場合、  
その数字は記載する必要はありません。

※預金の種類は『1』普通預金と  
してください。

診療を行った医師、または歯科医師に記載、証明してもらってください。

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) キッテ → キツテ キヨ → 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 1 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。

【裏面】

模式第 8 号(裏面)

⑦どのような場所で、④どのような作業をしているときに、⑨どのような物または環境に、⑩どのような不安全または有害な状況があって、⑪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。

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も、ひと通り、お読みください。

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。

以下の、両面印刷2枚の別紙(全4ページ)については、基本的には総務課で記載いたしますが、  
氏名・災害発生年月日・雇入年月日については、ご自身で記入してください。

様式第8号(別紙1)(表題)

労働保険番号 府県管轄基幹番号 扶養番号	氏名	災害発生年月日
	空洲渡 花子	R4年5月15日

平均賃金算定内訳

賃入年月日		H20年 4月 1日		常用・日雇の別		常用・日雇			
賃金支給方法		月給・週給・日給・時間給・出来高給割・その他賃金割		賃金統計日		毎月			
A	賃全計算期間	月	日始	月	日始	月	日始		
	始	日	日	日	日	日	日		
	終	日	日	日	日	日	日		
	基	基本賃金	円	円	円	円	円	円	
	手	手当							
手	手当								
合	合								
	計	円	円	円	円	円	円		
B	賃全計算期間	月	日始	月	日始	月	日始		
	始	日	日	日	日	日	日		
	終	日	日	日	日	日	日		
	基	基本賃金	円	円	円	円	円	円	
	手	手当							
手	手当								
合	合								
	計	円	円	円	円	円	円		
平均賃金		賃金総額(支)		円+総日数(イ)		-		円 稼	
基		平均賃金の計算方法		円+総日数(イ)		-		円 稼	
Aの(イ)		円+総日数(イ)		-		円 稼		円	
Bの(イ)		円+労働日数(イ) × $\frac{100}{100}$		-		円 稼		円	
合		円 稼		円 稼		円 稼		円 稼(基化保険平均賃金)	
日雇い入れら れる者の平均賃 金(昭和35年労 働者告示第52号 による。)	第1号文 月賃	賃全計算期間 月	日始 日止	第1号文 月賃	日始 日止	(イ) 賃金総額	平均賃金(合+イ× $\frac{100}{100}$ )	円	円 稼
賃金総額	月賃	日始 日止	月賃	日始 日止	円	円	円	円 稼	
賃金総額	月賃	日始 日止	月賃	日始 日止	円	円	円	円 稼	
賃金総額	月賃	日始 日止	月賃	日始 日止	円	円	円	円 稼	
賃金総額	月賃	日始 日止	月賃	日始 日止	円	円	円	円 稼	
① 賃全計算期間のうち義務外の労働の収集等のため休業した期間の日数及びその期間中の賃金を義務 上の労働の収集等のため休業した期間の日数及びその期間中の賃金とみなして算定した平均賃金 (賃全の総額(支)×休業した期間にかかる日数(イ)) + (総日数(イ)-休業した期間の日数) ( ) - 円 = 円 + ( ) - 円 = 円 稼	平均賃金総額の 年 月 日 月 月 月	平均賃金総額	平均賃金総額	円					

② 病院外の患者の療養等のため休業した期間 及びその期間中の賃金の内訳					
賃金計算期間		月 日から	月 日から	月 日から	計
		月 日まで	月 日まで	月 日まで	
病院外の患者の療養等のため 休業した期間の日数		日	日	日	日
休業 外の 患者の 療養等の ための 休業中の 賃金の 内訳	基本 賃金	円	円	円	円
	手 当				
	手 当				
	計	円	円	円	円
休業の事由					

② 特 別 給 与 の 額	支 払 年 月 日	支 払 額
	年 月 日	円

## 〔注〕書

②欄には、負傷又は疾病の日以前2年間（雇入後2年に満たない者については、雇入後の期間）に支払われた労働基準法第12条第4項の2箇月を超える期間ごとに支払われる賃金（特別給与）について記載してください。  
ただし、特別給与年の支払時期の臨時的変更等の理由により負傷又は疾病の日以前1年間に支払われた特別給与年の給額を特別支給金の算定基礎とすることが適当でないと認められる場合以外は、負傷又は疾病の日以前1年間に支払われた特別給与年の給額を記載して差し支えありません。

## 様式第8号（別紙2）

労働保険番号				氏名	災害発生年月日
府県	管轄	基幹番号	扶番号		
				空洲渡 花子	R4年5月15日

① 療養のため労働できなかつた期間

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日から\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日まで\_\_\_\_\_日間

② ①のうち賃金を受けなかつた日の日数

\_\_\_\_\_日

③ ②の日数の内訳

全部休業日 \_\_\_\_\_日

一部休業日 \_\_\_\_\_日

④ 1枚余白欄の場合は、複数回提出する場合は、この欄に記入する

## 〔注意〕

- 1 「全部休業日」とは、業務上の負傷又は疾病による療養のため労働することができないために賃金を受けない日であつて、一部休業日に該当しないものをいうものであること。
- 2 該当欄に記載することができない場合には、別紙を付して記載すること。

## 様式第8号(別紙3)

## 複数事業労働者用

① 労働保険番号(請求書に記載した事業場以外の被労先労働保険番号)

都道府県	所轄	管轄	基幹番号	扶養号

② 労働者の氏名・性別・生年月日・住所

(フリガナ氏名)	男	生年月日
(漢字氏名)	女	(昭和・平成・令和) 年 月 日
〒	—	
(フリガナ住所)		
(漢字住所)		

③ 平均賃金(内訳は別紙1のとおり)

円	総
---	---

④ 雇入期間

(昭和・平成・令和) 年 月 日	から	年 月 日	まで
------------------	----	-------	----

⑤ 療養のため労働できなかつた期間

令和 年 月 日	から	年 月 日	まで	日間のうち	
				⑥ 賃金を受けなかつた日数(内訳は別紙2のとおり)	日

⑦ 厚生年金保険等の受給関係

(イ)基礎年金番号 (ロ)被保険者資格の取得年月日 年 月 日

(ハ)当該傷病に関して支給される年金の種類等

年金の種類	厚生年金保険法の	イ 障害年金	□ 障害厚生年金
	国民年金法の	ハ 障害年金	ニ 障害基礎年金
	船員保険法の	ホ 障害年金	

障害等級 級 支給されることとなつた年月日 年 月 日

基礎年金番号及び厚生年金等の年金証書の年金コード

所轄年金事務所等

上記②の者について、③から⑦までに記載され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

社会保険 支給者 記載欄	作成年月日・提出代行者・審査担当者の表示	氏名	電話番号
		( ) -	

労働基準監督署長 殿

## 労災（通勤災害/休業補償）様式第16-6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。

業務災害の休業補償の場合は、  
様式第8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。

銀行等に振込みを希望する場合は、ご本人の口座番号を記入してください。

- ゆうちょ銀行口座(記号・番号)を指定する場合、記号は『1』から始まる5桁、番号は『1』で終わる最大8桁となります。番号が8桁未満の場合は、先頭に『0』を付けて、8桁になるようしてください。

【例】番号が『1234561』の場合  
『01234561』となります。

記号(5桁) 番号(8桁)

※記号と番号の間に1桁の数字がある場合、  
その数字は記載する必要はありません。

※預金の種類は『1』普通預金と  
『2』定期預金と

診療を行った医師、または歯科医師に記載、証明してもらってください

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。

【裏面】

様式第16号の6(裏面)

① 告白者の職種	② 災害又は発病の年月日及び時刻	③ 平均賃金(算定内訳別紙1のとおり)
病院受付事務	R4年5月15日 午後10時40分頃	〇〇〇〇円 37歳
④ 災害時の通勤の種別 (該当する記号を記入)	<input checked="" type="radio"/> 住居から就業の場所への移動 事業所から他の就業の場所への移動 二に先行する住居間の移動	
⑤ 災害発生の場所	川崎市幸区○×町4丁目1-1付近市道	
⑥ 就業の場所	川崎市幸区△×町1-9-8	
⑦ 住居開拓の予定日及び時刻	令和4年5月15日 午前9時00分頃	
⑧ 住居を離れた年月日及び時刻	令和4年5月15日 午前8時15分頃	
⑨ 住居離れた年月日及び時刻	年月日午前時 分頃	
⑩ 住居離れた年月日及び時刻	年月日午前時 分頃	
⑪ 住居開拓を離れた年月日及び時刻	年月日午前時 分頃	
⑫ 住居開拓を離れた年月日及び時刻	年月日午前時 分頃	
⑬ 災害時に通勤の種別に 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 る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	 <b>自宅⇒自転車(40分)⇒職場</b>	
⑭ 災害の原因及び 状況	JR川崎駅から職場まで自転車で出勤中、○×町4丁目1-1付近の市道 交差点で、道路横断中に、左折しようとしていた車と接触し転倒。 その時路面と自転車の間に挟まれた左足の脛骨を骨折しました。	
⑮ 民籍者の 住所	東京都○○区××町3-2-1 電話(044)001-0001	
⑯ 氏名	川崎○○病院マネージャー田中○○子	
⑰ 第三者行為災害 (該当する記号を記入)	<input checked="" type="radio"/> 交通事故	
⑱ 法律保険日雇特別保険被保険者手帳の記名及び番号		
⑲ 併用の事実の有無	有	無
⑳ 併用の事実の有無 (該当する記号を記入)	<input checked="" type="radio"/> 併用	
㉑ 併用給付額、併用特別支給金額の改定比率 (平均年額明細書のとおり)		
㉒ 年金番号	(2)被保険者資格の取得年月日 年月日	
㉓ 年金の種類	厚生年金保険法の 規定による年金の種類	
㉔ 当該年金に 關して大帝 られる年金 の種類等	年金 大帝られる年金の種類 大帝されることになった年月日 年金の支給事務所及び年金の支給年月日 所轄年金支給所等	

各その他の被保険者の有無	
者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)	
者 無	社 会 保 険 事 業 組 合 等 (ただし表面の事業を含まない) の特別加入の有無
被保険事業組合又は特別加入団体の名称	
社会保険事務(特別加入)	加入年月日 年月日 合計基礎日数 年月日

社会保険 事務 記載欄	作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示	印 名	電話番号
		( )	—

災害時の通勤の種別について、該当する記号を記入してください。

『災害時の通勤の種別』に記載した通勤に関する移動の、通常の通勤経路、方法、所要時間と、災害発生当日に住居または、就業場所から災害発生場所となった住所に至った経路、方法、所要時間を、わかりやすく記入してください。

※地図を貼付して、それに書き込むことや、適宜別紙に記載して併せて提出することも可能です。

どのような場所で、どのような状態で、どのようにして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、発病の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。

災害発生の事実を確認した方の氏名を記入してください。該当者がいない場合は、災害発生の報告を受けた事業所の方の職名と氏名を記入してください。

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。

以下の、両面印刷2枚の別紙(全4ページ)については、基本的には総務課で記載いたしますが、

**氏名・災害発生年月日・雇入年月日**については、ご自身で記入してください。

様式第16号の6(別紙1) (裏面)

劳 动 保 险 登 记 号					姓 名	災害発生年月日
府県	支局	管轄	基 础 登 号	登 号	空洲渡 花子	R4年5月1日

平均賃金算定内訳

(参考基準法第12条参照のこと。)

雇入年月日		H20年4月1日			専用・日雇の別		専用・日雇	
賃金支拂方法		月給・通常・日給・時間給・出来高報酬制・その他諸報酬制			賃金締切日		毎月	
A	賃金計算期間	月 日 始 終	日 始 終	月 日 始 終	日 始 終	月 日 始 終	日 始 終	計
	基本賃金	円		円		円		円
	手当							
	手当							
	合							
	計	円		円		円		円
B	賃金計算期間	月 日 始 終	日 始 終	月 日 始 終	日 始 終	月 日 始 終	日 始 終	計
	賃金	円		円		円		円
	勤務日数	日		日		日		日
	労働日数	日		日		日		日
	基本賃金	円		円		円		円
	手当							
	手当							
	合							
	計	円		円		円		円
	総	計	円		円		円	総
	平均賃金	賃金総額(ア)		円+総日数(イ)		-		円 総
最低保険平均賃金の計算方法								
Aの(ア)	円+総日数(イ)	-		円		裁(△)		
Bの(イ)	円+労働日数(イ) × $\frac{50}{100}$	-		円		裁(△)		
合	円 総(ア)	円 労働(イ)	-	円		裁 最低保険平均賃金		
日雇い入れられる者の平均賃金の計算方法	第1号又は第2号の場合	賃金計算期間	(ア) 勤務日数(イ)	(イ) 賃金総額	(ア) 賃金総額	平均賃金(ア+イ)× $\frac{1}{(ア+イ)}$		
全(賃和35年半標準告示第52号による。)	第2号の場合	都道府県労働局長が定めた金額			円			
	第3号の場合	従事する事業又は職業						
	合	都道府県労働局長が定めた金額						
賃金の算定	平均賃金(総額の承認年月日 年 月 日 開催)					平均賃金(総額)		
① 賃金計算期間のうちを業務外の休業の休業等のため休業した期間の日数及びその期間中の賃金を業務上の休業の休業のため休業した期間の日数及びその期間中の賃金とみなして算出した平均賃金(賃金の総額(ア)-休業した期間にかかる(イ)(ア)) + (総日数(イ)-休業した期間の(ア))	( - )	円 -	( - )	円 -	円	裁		

② 病院外の医療の療養等のため休業した期間 及びその期間中の賃金の内訳						
賃金計算期間		月 日から 月 日まで	月 日から 月 日まで	月 日から 月 日まで	計	
病院外の医療の療養等のため 休業した期間の日数		日	日	日	(月)	日
休業 した期間 中の賃 金の 内訳	基本賃金	円	円	円	円	
	手当					
	手当					
	計	円	円	円	(月)	円
休業の理由						

③ 特 別 給 与 の 額	支 払 年 月 日	支 払 額
	年 月 日	円
	年 月 日	円
	年 月 日	円
	年 月 日	円
	年 月 日	円
	年 月 日	円
	年 月 日	円

## 〔注意〕

③欄には、負傷又は発病の日以前2年間(雇入後2年に満たない者については、雇入後の期間)に支払われた労働基準法第12条第4項の3箇月を経える期間ごとに支払われる賃金(特別給与)について記載してください。  
ただし、特別給与の支払時期の臨時的変更等の理由により負傷又は発病の日以前1年間に支払われた特別給与の総額を特別支給金の算定基礎とすることが適当でないと認められる場合以外は、負傷又は発病の日以前1年間に支払われた特別給与の総額を記載して差し支えありません。

様式第16号の6（別紙2）

労働保険番号					氏名	災害発生年月日
府県	姓	名	配偶	基幹番号	扶養番号	
	空	洲渡	花子			R4年5月15日

### 〔注意〕

- 「全部休業日」とは、運動による負傷又は疾病による療養のため労働することができないために賃金を受けない日であって、一部休業日に該当しないものをいうものであること。
  - 該当欄に記載することができない場合には、別紙を付して記載すること。

様式第16号の6(別紙3)

複数事業労働者用

① 労働保険番号(請求書に記載した事業場以外の就労先労働保険番号)

都道府県所轄	管轄	基幹番号	扶養号

② 労働者の氏名・性別・生年月日・住所

(フリガナ氏名)	男	生年月日
(漢字氏名)	女	(昭和・平成・令和) 年 月 日
〒	—	

(フリガナ住所)

(漢字住所)

③ 平均賃金(内訳は別紙1のとおり)

円	銭
---	---

④ 雇入期間

(昭和・平成・令和) 年 月 日 から 年 月 日 まで

⑤ 療養のため労働できなかった期間

令和 年 月 日 から 年 月 日 まで   日間のうち  
⑥ 賃金を受けなかった日数(内訳は別紙2のとおり)   日

⑦ 厚生年金保険等の受給関係

(イ) 基礎年金番号 (ロ) 被保険者資格の取得年月日 年 月 日

(ハ) 当該傷病に関して支給される年金の種類等

年金の種類 厚生年金保険法の イ 障害年金  障害厚生年金  
国民年金法の ハ 障害年金  二 障害基礎年金  
船員保険法の 木 障害年金

障害等級 級 支給されることとなった年月日 年 月 日

基礎年金番号及び厚生年金等の年金証書の年金コード                

所轄年金事務所等 \_\_\_\_\_

上記②の者について、③から⑦までに記載され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

社会保険 労務士 記載欄	作成年月日・提出代行者・事業代理者の表示	氏 名	電話番号
		( ) -	

労働基準監督署長 殿