

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。

様式第5号(別冊) 労働者災害補償保険 裏面に記載してある注意 標準字体で記入してください。

労働者災害補償給付を請求する労働者 業務給付たる療養の給付請求書

①労働者 ②業務 ③業務 ④業務 ⑤業務 ⑥業務

⑦業務 ⑧業務 ⑨業務 ⑩業務 ⑪業務 ⑫業務 ⑬業務 ⑭業務 ⑮業務 ⑯業務 ⑰業務 ⑱業務 ⑲業務 ⑳業務

①労働者 ②業務 ③業務 ④業務 ⑤業務 ⑥業務 ⑦業務 ⑧業務 ⑨業務 ⑩業務 ⑪業務 ⑫業務 ⑬業務 ⑭業務 ⑮業務 ⑯業務 ⑰業務 ⑱業務 ⑲業務 ⑳業務

氏名 空洲渡 花子 (37歳) ①労働者又は発病の場所

住所 東京都〇〇区 本町1-1-1 ②業務

職種 病院受付事務 職名 マネージャー 氏名 田 正子

④災害の原因及び発生状況 ⑤受傷の部位及び状態

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。

⑥指定病院等の名称 〇△労災病院 電話(044)000-0000

所在地 川崎市川崎区〇×町1-2-3 〒213-0000

⑦業務の名称 株式会社ソラスト 電話(03)3450-2610

事業場の所在地 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 〒108-8210

事業主の氏名 代表取締役社長 藤河 芳一

労働者の所属事業場の名称・所在地 川崎〇〇病院 川崎市幸区△×町1-9-8 電話(044)001-0001

川崎南 労働基準監督署長 殿 〒108-0000 電話(090)1234-5678

住所 東京都〇〇区本町1-1-1 (カ) 氏名 空洲渡 花子

支本 薪給決定 決定 決定 決定 決定 決定 決定 決定 決定 決定

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。

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、⑤どのような物または環境に、⑥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、記載住所が違って来るので、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。

[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、光学式文字認識装置(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) キツテ → キツテ キョ → キヨ バ → ハ*

- 3 シツソンのように斜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】

様式第5号(裏面)

②その他就業先の有無	
有	有の場合のその数 (ただし表面の事業場を含まない)
無	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

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とし、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⑩及び⑪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 ⑧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、⑩及び⑪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った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。

様式第7号(1) 労働者災害補償保険 第 第 回

標準字体 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 00

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 ムヨリルレロ ワン

① 就業種別 ② 労務局番号 ③ 業種別 ④ 発災年月日

⑤ 労働者番号 ⑥ 労働者氏名 ⑦ 住所 ⑧ 職名

⑨ 事業主氏名 ⑩ 事業主住所 ⑪ 事業主電話番号

⑫ 療養内容 ⑬ 療養期間 ⑭ 療養費用

⑮ 請求人氏名 ⑯ 請求人住所

令和4年7月26日 株式会社ソラスト 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 代表取締役社長 藤河 芳一

右膝内側靭帯損傷 川崎市幸区△5-4-3 川崎市△本一雄

令和4年7月24日 東京都〇〇区本町1-1-1 空洲渡 花子

川崎南 労働基準監督署長 殿

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桁となりますが、番号が8桁未満の場合は、先頭に『0』を付けて、8桁になるようにしてください。
【例】番号が『1234561』の場合『01234561』となります。

『0』を加えてください。
※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 キョ → キヨ バ → ハ
- シツソンのように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 はカギを付けずに垂直に、4 の2本の縦線は上で閉じないで書いてください。

労災（通勤災害）様式第16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、記載住所が違ってきますので、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。

■ 様式第16号の(1) (2) (3) (4) (5) 労働者災害補償保険 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 " " -																			
標準字体で記入してください。			① 労働者番号	② 業務種別	③ 業務種別	④ 業務種別	⑤ 業務種別	⑥ 業務種別	⑦ 業務種別	⑧ 業務種別	⑨ 業務種別	⑩ 業務種別	⑪ 業務種別	⑫ 業務種別	⑬ 業務種別	⑭ 業務種別	⑮ 業務種別	⑯ 業務種別	⑰ 業務種別	⑱ 業務種別	⑲ 業務種別	⑳ 業務種別
			3	4	5	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
			1	3	1	0	4	2	2	5	4	1	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0
			3	5	6	0	0	8	2	6	9	0	4	0	2	5	0	0	0	0	0	0
氏名			空洲渡 花子 (37歳)																			
住所			東京都○○区 本町1-1-1																			
職種			病院受付事務																			
⑩ 労働災害に関する事項			裏面のとおり																			
⑪ 指定病院等の名称			〇△労災病院																			
⑫ 所在地			川崎市川崎区〇×町1-2-3																			
⑬ 傷病の部位及び状態			左手首骨折																			
⑭ 発症の日			令和4年7月26日																			
事業主の名称			株式会社ソラスト																			
事業場の所在地			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																			
事業主の氏名			代表取締役社長 藤河 芳一																			
労働者の所属事業場の名称・所在地			川崎〇〇病院 川崎市幸区△×町1-9-8																			
⑮ 請求の理由			川崎南 労働基準監督署長 殿																			
請求人の氏名			空洲渡 花子																			
住所			東京都○○区本町1-1-1																			
電話			090 1234 5678																			
〒			108-0000																			
調査年月日																						
復命書番号			第 号 第 号 第 号																			
不支給決定理由																						

【裏面】

様式第18号の2(裏面) 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	イ、住居から就業場の間の移動 ロ、就業場から住居への移動 ハ、通勤途中の就業場の場所への移動 ニ、ロに接続する住居間の移動
(ロ) 発災又は発災の年月日及び時刻	令和4年7月25日	8時30分頃
(ハ) 災害発生地の場所	川崎市幸区〇×町 4丁目1-1付近市道	川崎市幸区△×町 1-9-8
(ニ) 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、ハ又はロに該当する場合は記載すること)	令和4年7月25日	9時00分頃
(ヘ) 災害発生時の年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別がイ、ハ又はロに該当する場合は記載すること)	令和4年7月25日	8時30分頃
(ホ) 就業終了の年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別がイ、ハ又はロに該当する場合は記載すること)	年月日	年 時 分頃
(ウ) 災害時の通勤の種別に関する移動の経路、方法及び所要時間 発災時の通勤の種別がイ、ハ又はロに該当する場合は記載すること	<p>自宅(徒歩10分)⇒JR大井町(電車15分) ⇒JR川崎駅(徒歩10分)⇒職場 時間 40分</p>	
(エ) 災害の原因及び発生状況 1) どのような原因か 2) どのような状況で発生したか 3) どのような被害が生じたか 4) 被害の程度はどの程度か	<p>JR川崎駅から職場まで徒歩で出勤中、〇×町4丁目1-1付近の市道で、道路の緑石に頭を打ち、その時思わず突いた左手の手首を骨折しました。</p>	
(オ) 発災時の住所	東京都〇〇区××町3-2-1	
(カ) 発災時の勤務先の名称	川崎〇〇病院 マネージャー 甲中〇〇子	
(キ) 発災時の勤務先がイ又はロに該当する場合	有・無 (イ) 発災時の住居に勤務している	

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。

災害発生の実事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、災害発生時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。

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。

その他の就業先の有無

有の場合(いずれかの事業で勤務している場合の特別記入状況(ただし表裏を含まない))	有の場合(いずれかの事業で特別記入している場合の特別記入状況(ただし表裏を含まない))
有	有
無	無

【項目記入にあたっての注意事項】

- 記入すべき事項のない欄又は記入内容は空欄のままとし、移動する場合は当該事項を○で囲んでください。ただし、⑤欄(オ)に○及び移動の記号については該当する事項を記入してください。
- 勤務先の変更履歴が当該欄に記入される場合は、⑤欄(オ)に労働保険番号欄に左側に年金証書番号を記入してください。また、⑤欄(ウ)は記入しないでください。
- ⑤欄(オ)は、請求人が継続保険の日雇労働者でない場合には記載する必要はありません。
- (イ)は、災害時の通勤の種別がイの場合には、移動の起点となる就業場の場所における就業開始の予定時刻を、ロの場合には、発災するまでの移動の起点となる就業場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。
- (ロ)は、災害時の通勤の種別がイの場合には、移動の起点となる就業場の場所を離れた年月日及び時刻を記載してください。
- (ウ)は、災害時の通勤の種別がイの場合には、移動の起点となる就業場の場所を離れた年月日及び時刻を記載してください。
- (エ)は、通常の通勤の経路を指示し、災害発生時の場所及び災害発生当日に住居又は就業場の場所から災害発生時の住所に至った経路を本欄を用いてわ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、先字次字読取装置(OCR)で正確読取りを行いますので、以下の注意事項に従って、表面の右上に標準字体で記入してください。

- 筆跡は読み取りやすいように記入し、記入枠からはみださないように書いてください。
- 「(発音)」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。
- シツソソ 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。
- | はカギを付けないで横線に、| の2本の縦線は上で閉じないで書いてください。

派遣元事業主 証明欄

派遣元事業主が証明する事項(表裏の欄並びに(ロ)、(ハ)、(ニ)、(ホ)、(ウ)、(イ)(通常の通勤の経路及び方法に限る。)(カ)(キ)の記載内容について事実と相違ないことを証明します。	事業主の名称	〒
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代表者の氏名)		
社会保険労務士 印 章 欄	作成年月日・製出代行者・事務代理者の表示	氏 名
		電 話 番 号

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桁となりますが、番号が8桁未満の場合は、先頭に『0』を付けて、8桁になるようにしてください。

【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 x 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 キョ → キヨ バ → ハ*
 - シツソンのように斜の弧を書き始めるとき、小さくカギを付けてください。
 - 一はカギを付けないで垂直に、四の2本の縦線は上で閉じないで書いてください。

【裏面】

様式第4号(裏面)

①労働者の職種 病院受付事務	②通勤又は発足の時刻 午前 10時40分頃	③平均賃金(雇内別給制のとおり) 〇〇〇〇 円 37 歳
④所定労働時間 午前 9時00分 から午後 5時00分 まで	⑤作業場所(作業内容、作業時間、平均給与、特別支給金額の記載は省略可)	

⑥災害の原因、発生の状況及び被害の程度、就業状況
 (a)どのような場所で、(b)どのような作業をしているときに、(c)どのような物又は装置に、(d)どのような不安全又は有害な状態が存在して、(e)どのような災害が発生したか、(f)何と初診日と見做される日(就業状況)と就業状況
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5段目付近から転落し、右脚脛骨を骨折しました。

⑦ 雇主(労働者)の氏名	(イ) 基礎年金番号	(ロ) 被保険者資格の取得年月日
	(ハ) 基礎年金番号	(ニ) 被保険者資格の取得年月日
⑧ 当該事件に關して支給される年金の種類	障害年金	障害年金
	障害年金	障害年金

⑨ 雇主(労働者)の住所	⑩ 雇主(労働者)の職業
⑪ 雇主(労働者)の電話番号	⑫ 雇主(労働者)の代表者の氏名
⑬ 雇主(労働者)の代表者の住所	⑭ 雇主(労働者)の代表者の電話番号

社会保険 被保険者 番号	作成年月日、提出代行者、事務代理者の表示	日	会社	電話番号
				() -

【注 意】

1. 雇主(労働者)の住所は、労働者の住所を記載する。労働者が複数の住所を有する場合は、労働者の住所を記載する。
2. 雇主(労働者)の職業は、労働者の職業を記載する。労働者が複数の職業を有する場合は、労働者の職業を記載する。
3. 雇主(労働者)の代表者の住所は、労働者の代表者の住所を記載する。労働者が複数の住所を有する場合は、労働者の代表者の住所を記載する。
4. 雇主(労働者)の代表者の電話番号は、労働者の代表者の電話番号を記載する。労働者が複数の電話番号を有する場合は、労働者の代表者の電話番号を記載する。
5. 雇主(労働者)の代表者の氏名は、労働者の代表者の氏名を記載する。労働者が複数の氏名を有する場合は、労働者の代表者の氏名を記載する。
6. 雇主(労働者)の代表者の電話番号は、労働者の代表者の電話番号を記載する。労働者が複数の電話番号を有する場合は、労働者の代表者の電話番号を記載する。
7. 雇主(労働者)の代表者の住所は、労働者の代表者の住所を記載する。労働者が複数の住所を有する場合は、労働者の代表者の住所を記載する。
8. 雇主(労働者)の代表者の電話番号は、労働者の代表者の電話番号を記載する。労働者が複数の電話番号を有する場合は、労働者の代表者の電話番号を記載する。
9. 雇主(労働者)の代表者の氏名は、労働者の代表者の氏名を記載する。労働者が複数の氏名を有する場合は、労働者の代表者の氏名を記載する。
10. 雇主(労働者)の代表者の電話番号は、労働者の代表者の電話番号を記載する。労働者が複数の電話番号を有する場合は、労働者の代表者の電話番号を記載する。
11. 雇主(労働者)の代表者の住所は、労働者の代表者の住所を記載する。労働者が複数の住所を有する場合は、労働者の代表者の住所を記載する。
12. 雇主(労働者)の代表者の電話番号は、労働者の代表者の電話番号を記載する。労働者が複数の電話番号を有する場合は、労働者の代表者の電話番号を記載する。
13. 雇主(労働者)の代表者の氏名は、労働者の代表者の氏名を記載する。労働者が複数の氏名を有する場合は、労働者の代表者の氏名を記載する。
14. 雇主(労働者)の代表者の電話番号は、労働者の代表者の電話番号を記載する。労働者が複数の電話番号を有する場合は、労働者の代表者の電話番号を記載する。
15. 雇主(労働者)の代表者の住所は、労働者の代表者の住所を記載する。労働者が複数の住所を有する場合は、労働者の代表者の住所を記載する。
16. 雇主(労働者)の代表者の電話番号は、労働者の代表者の電話番号を記載する。労働者が複数の電話番号を有する場合は、労働者の代表者の電話番号を記載する。
17. 雇主(労働者)の代表者の氏名は、労働者の代表者の氏名を記載する。労働者が複数の氏名を有する場合は、労働者の代表者の氏名を記載する。
18. 雇主(労働者)の代表者の電話番号は、労働者の代表者の電話番号を記載する。労働者が複数の電話番号を有する場合は、労働者の代表者の電話番号を記載する。
19. 雇主(労働者)の代表者の住所は、労働者の代表者の住所を記載する。労働者が複数の住所を有する場合は、労働者の代表者の住所を記載する。
20. 雇主(労働者)の代表者の電話番号は、労働者の代表者の電話番号を記載する。労働者が複数の電話番号を有する場合は、労働者の代表者の電話番号を記載する。
21. 雇主(労働者)の代表者の氏名は、労働者の代表者の氏名を記載する。労働者が複数の氏名を有する場合は、労働者の代表者の氏名を記載する。
22. 雇主(労働者)の代表者の電話番号は、労働者の代表者の電話番号を記載する。労働者が複数の電話番号を有する場合は、労働者の代表者の電話番号を記載する。
23. 雇主(労働者)の代表者の住所は、労働者の代表者の住所を記載する。労働者が複数の住所を有する場合は、労働者の代表者の住所を記載する。
24. 雇主(労働者)の代表者の電話番号は、労働者の代表者の電話番号を記載する。労働者が複数の電話番号を有する場合は、労働者の代表者の電話番号を記載する。
25. 雇主(労働者)の代表者の氏名は、労働者の代表者の氏名を記載する。労働者が複数の氏名を有する場合は、労働者の代表者の氏名を記載する。
26. 雇主(労働者)の代表者の電話番号は、労働者の代表者の電話番号を記載する。労働者が複数の電話番号を有する場合は、労働者の代表者の電話番号を記載する。
27. 雇主(労働者)の代表者の住所は、労働者の代表者の住所を記載する。労働者が複数の住所を有する場合は、労働者の代表者の住所を記載する。
28. 雇主(労働者)の代表者の電話番号は、労働者の代表者の電話番号を記載する。労働者が複数の電話番号を有する場合は、労働者の代表者の電話番号を記載する。
29. 雇主(労働者)の代表者の氏名は、労働者の代表者の氏名を記載する。労働者が複数の氏名を有する場合は、労働者の代表者の氏名を記載する。
30. 雇主(労働者)の代表者の電話番号は、労働者の代表者の電話番号を記載する。労働者が複数の電話番号を有する場合は、労働者の代表者の電話番号を記載する。

⑦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。

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3号(別紙1) (表面)

労働保険番号				氏名		災害発生日
府県	支庁	管轄	基本番号	枝番号	空洲渡 花子	R4年 5 月15日

平均賃金算定内訳

(労働基準法第12条第4項のこま)

雇入年月日		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・出来高払い・その他種別		賃金締切日		毎月 日		
A 日雇以外の期間に 適用される期間	賃金計算期間	日 月 日	日 月 日	日 月 日	日 月 日	計		
	総日数	日	日	日	日	日	日	
	基本賃金	円	円	円	円	円	円	
	手当							
	計	円	円	円	円	円	円	
B 日雇以外の期間に 適用されない期間	賃金計算期間	日 月 日	日 月 日	日 月 日	日 月 日	計		
	総日数	日	日	日	日	日	日	
	基本賃金	円	円	円	円	円	円	
	手当							
	計	円	円	円	円	円	円	
総計		円	円	円	円	円	円	
平均賃金		賃金総額(ア)		円÷総日数(イ)		円 銭		
最低保障平均賃金の計算方法								
Aの(日)		円÷総日数(イ)		円 銭		円 銭		
Bの(日)		円÷労働日数(ウ)		円 銭		円 銭		
(イ)		円 銭		円 銭		円 銭 (最低保障平均賃金)		
日雇い入れられる者の平均賃金(昭和30年労働者給与第2号による。)	第1号又は第2号の場合	賃金計算期間	日 月 日	日 月 日	日 月 日	日 月 日	平均賃金(第4号の(イ)×1/10)	
	第3号の場合	都道府県労働局長が定める金額						円
	第4号の場合	従事する事業又は職業						円
	第4号の場合	都道府県労働局長が定める金額						円
労働者個人が平均賃金を算定する期間	平均賃金算定の承認		年 月 日	年 月 日	職種	平均賃金算定額 円		
① 賃金計算期間のうち業務外の諸者の療養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諸者の療養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 (賃金総額(ア)－休業した期間にわたる②の(ウ)) ÷ (総日数(イ)－休業した期間②の(ウ)) (円 - 円) ÷ (日 - 日) = 円 銭								

② 業務外の業務の停業等のため休業した期間 及びその期間中の資金の内訳					
資金計算期間	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	
業務外の業務の停業等のため 休業した期間の日数	日	日	日	日	
業務外の業務の停業等の ため休業した期間中の 資金の内訳	基本資金	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
	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】

②欄には、業務又は業務の日以前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箇月を超え期間ごとに支払われる資金（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変更等の理由により業務又は業務の日以前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、業務又は業務の日以前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8号 (別紙2)

労働保険番号					氏名	災害発生年月日
府県	支庁	管轄	基礎番号	枝番号	空洲渡 花子	R4 年5 月15 日

① 療養のため労働できなかった期間
 _____年_____月_____日から_____年_____月_____日まで_____日間

② ①のうち賃金を受けなかった日の日数 _____日

③ ②の日数の内訳

全部休業日	_____日
一部休業日	_____日

④	年 月 日	賃金の額	備 考
	年 月 日	円	
④ 一部休業日の年 月 日及び年 月 日間の期間に該当する日数について			

- 【注意】
- 「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。
 - 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。

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保険労働者番号)

都道府県	所屬	官轄	基幹番号	枝番号

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 続

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 ロ 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

労働基準監督署長 殿

社会保険 労務工 記載欄	作成年月日・提出代行・事務代理者の表示	氏 名	電 話 番 号
		() -	

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桁となりますが、番号が8桁未満の場合は、先頭に『0』を付けて、8桁になるようにしてください。
 【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 x 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。

様式第16-6号(労働者災害補償保険) 通則(適用) 休業給付支給請求書 第 回 アイウエオカキクケコサシスセソタチツテトナニノハヒフヘホマミムメモヤユヨリルロワン

労働者種別 ①管理職等 ②新卒採用 ③パート等 ④パート等 ⑤パート等 ⑥パート等 ⑦パート等 ⑧パート等 ⑨パート等 ⑩パート等 ⑪パート等 ⑫パート等 ⑬パート等 ⑭パート等 ⑮パート等 ⑯パート等 ⑰パート等 ⑱パート等 ⑲パート等 ⑳パート等 ㉑パート等 ㉒パート等 ㉓パート等 ㉔パート等 ㉕パート等 ㉖パート等 ㉗パート等 ㉘パート等 ㉙パート等 ㉚パート等 ㉛パート等 ㉜パート等 ㉝パート等 ㉞パート等 ㉟パート等 ㊱パート等 ㊲パート等 ㊳パート等 ㊴パート等 ㊵パート等 ㊶パート等 ㊷パート等 ㊸パート等 ㊹パート等 ㊺パート等 ㊻パート等 ㊼パート等 ㊽パート等 ㊾パート等 ㊿パート等

〒 107-0000 東京都〇〇区本町1-1-1

9040515 9040531 17 17

ソラスト ハナコ

空洲渡 花子 (37歳)

107-0000 東京都〇〇区本町1-1-1

9040515 9040531 17 17

1 6 1 7 4 2 4

新規・変更

ソラスト ハナコ

令和4年6月0日

株式会社ソラスト 電話(03)3450-2610

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 〒108-8210

代表取締役社長 藤河 芳一

左脚脛骨遠位部骨折

R4年5月15日から R4年5月31日まで 17日間 診療科目数 15日

R4年5月15日から R4年5月31日まで 17日間 17日

川崎市幸区〇〇△5-4-3

川崎南 労働基準監督署長 殿

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)

労働保険番号				氏名		災害発生日
府県	支庁	市町村	番号	姓	名	年 月 日
				空洲渡	花子	R4年 5 月 5 日

平均賃金算定内訳

(労働基準法第15条第5項のこゝろ。)

雇入年月日		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・出来高給制・その他給付制				貸金簿切日 毎月 日	
A 労働者 労働者 労働者 労働者 労働者	賃金計算期間	月 日	月 日	月 日	月 日	計	
	総日数	日	日	日	日	日	日
	基本賃金	円	円	円	円	円	円
	手当						
	計	円	円	円	円	円	円
B 労働者 労働者 労働者 労働者 労働者	賃金計算期間	月 日	月 日	月 日	月 日	計	
	総日数	日	日	日	日	日	日
	基本賃金	円	円	円	円	円	円
	手当						
	計	円	円	円	円	円	円
総計		円	円	円	円	円	円
平均賃金		賃金総額(次)		円÷総日数(イ)		円 銭	
最低保障平均賃金の計算方法 A(円) 円÷総日数(イ) - 円 銭(ウ) B(円) 円÷労働日数(ハ) × $\frac{50}{100}$ - 円 銭(ウ) (ウ) 円 銭(ト) 円 銭 - 円 銭 (最低保障平均賃金)							
日雇い入れられる者の平均賃金(昭和38年労働省告示第32号による。)	第1号の賃金	賃金計算期間	月 日	月 日	第2号の賃金	賃金総額	平均賃金(第1号×Ⅱ)
	第3号の賃金	都道府県労働局長が定める金額				円	円 銭
	第4号の賃金	従事する事業又は職業				円	円 銭
	第5号の賃金	都道府県労働局長が定める金額				円	円 銭
労働者 労働者 労働者 労働者 労働者	平均賃金総額の承認年月日	年 月 日	年 月 日	附値	平均賃金総額	円	
① 賃金計算期間のうち差控外の通常の労働等のため休業した期間の日数及びその期間中の賃金を差控上の通常の労働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 (賃金の総額(次)÷休業した期間①の日数) - (賃金の総額(イ)÷休業した期間②の日数) (円 - 円) ÷ (日 - 日) = 円 銭							

② 業務外の傷病の療養等のため休業した期間 及びその期間中の貸金の内訳					
貸金計算期間	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	
業務外の傷病の療養等のため 休業した期間の日数	日	日	日 (例)	日	
業務外の傷病の療養等のため 休業した期間中の 療養等のための 計	基本貸金	円	円	円	円
	手当				
	手当				
	円	円	円 (例)	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
	年 月 日	円
	年 月 日	円
	年 月 日	円
	年 月 日	円
	年 月 日	円

[注 意]

②欄には、業務又は発病の日以前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箇月を短える期間ごとに支払われる貸金（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業務又は発病の日以前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、業務又は発病の日以前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	支庁	管轄	基礎番号	扶番号		
					空洲渡 花子	R4 年 5 月 5 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	年 月 日	賃金の額	備 考
	年 月 日	円	
④ 一部休業日③年月日及び③日数非該当日並びに③日数非該当日			

〔注意〕

- 「全部休業日」とは、通勤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。
- 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。

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)

都道府県所屬	官報	基幹番号	枝番号

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	ロ 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 _____



労働基準監督署長 殿

社会保険 労務工 配帳課	作成年月日・提出代行書・事務代理書の表示	氏名	電話番号
		()	-