

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

療養補償給付たる療養の給付請求書

帳票種別 3 4 5 5 0 管轄局番 業通別 1 1 業 3 通 保留 1 全レセ 3 全給付 受付年月日 年 月 日

労働保険番号 2 3 1 0 1 1 3 5 7 9 8 0 0 1 処理区分 支給・不支給決定年月日 年 月 日

性別 1 男 3 女 1 労働者の生年月日 元号 5 4 0 0 6 0 9 日 月 年 負傷又は発病年月日 2 8 0 7 0 1 日 月 年 再発年月日 年 月 日

シメイ(カタカナ); 性と名の間は1文字あけて記入してください。 タ テ マ サ オ

三者 1 自 3 労 5 他 特疾 1 特定 疾病 特別加入者

氏名 伊達 正夫 (51 歳) 負傷又は発病の時刻 午前 1 時 00 分頃

フリガナ アイケンゴ ヤシガ ワクンガ チョウ 9 午後

住所 愛知県名古屋市中川区運河町 2 - 9

職 種 大工 職名 現場監督 氏名 労災 太郎

災害の原因及び発生状況 あのような場所で いどのような作業をしているときに うどのような物又は環境に えどのような不安全な又は有害な状態があつて おどのような災害が発生したかを詳細に記入すること

高所足場より転落し腰部打撲。

指定病院等の 名称 中村接骨院 電話番号 052 局番 563-2255

所在地 愛知県名古屋市中村区則武本通 8 - 8 郵便番号 453 - 0017

傷病の部位及び状態 腰部打撲

の者については、 、 及び に記載したとおりであることを証明します。 平成 28 年 07 月 01 日

事業の名称 総研建設業安全組合 電話番号 052 局番 561-1111

事業場の所在地 愛知県名古屋市中区三の丸 3 - 3 郵便番号 460 - 0001

事業主の氏名 労働 太郎 印

(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 総研建設業安全組合 愛知県名古屋市中区三の丸 3 - 3 電話番号 052 局番 561-1111

(注意) 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している支店、工場、工事現場等の場合に記載してください。

上記により療養補償給付たる療養の給付を請求します。 平成 28 年 07 月 01 日

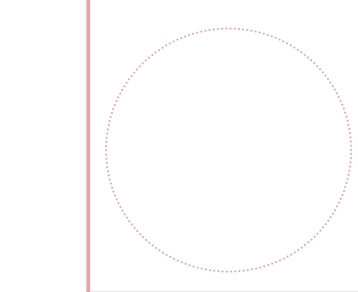
名古屋北 労働基準監督署長 殿

郵便番号 454 - 0001 電話番号 052 局番 654-3215

住所 愛知県名古屋市中川区運河町 2 - 9 (方)

氏名 伊達 正夫 印

請求人の 中村接骨院 病 院 院 所 所 局 局 経 由 診 療 診 療 局 局 業 業 局 局 訪問看護事業者



支不支給決定決議書	署 長	次 長	課 長	係 長	係	決定年月日	・	・
	調査年月日	・	・	・	・	不支給の理由		
	復命書番号	第 号	第 号	第 号	第 号			

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。

(この欄は記入しないでください。)

療養補償給付たる療養の費用請求書(同一傷病分)

標準字体表: 05 アカサタナハマヤラワ, 16 イキシチニヒミリン, 27 ウクツツヌフムユル, 38 エケセテネヘメレ, 49 オコソトノホモヨロ

○濁点、半濁点は一文字として取り扱うこと。(例) カ・ハ・

帳票種別 34210, 管轄局番, 業通別 1 (業通)

(注意) 一、二、三、記入枠の部分は、必ず黒のボールペンを使用し、様式右上に記載させた「標準字体」にならなくてはならないこと。...

労働保険番号 23101135798001, 年証の番号, 管轄局, 種別, 西暦年, 番号

労働者の性別 1 (男), 労働者の生年月日 5400609, 負傷又は発病年月日 280601

シメイ(カタカナ) タテマサオ, 三者コード, 委任未支給, 特別加入者, 審査コード

労働者の氏名 伊達 正夫 (51歳), 住所 愛知県名古屋市中川区運河町2-9

預金の種類 1 (普通), 口座番号 1212127

メイギン(カタカナ) タテマサオ, (つぎ)メイギン(カタカナ)

新規・変更 振込希望 三菱東京UFJ 銀行 名古屋駅前支店

口座名義人 伊達 正夫, 事業者の名称 総研建設業安全組合, 事業所の所在地 愛知県名古屋市中区三の丸3-3

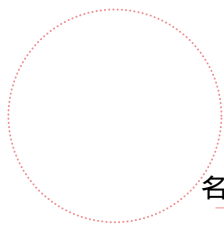
事業主の氏名 労働 太郎 (法人その他の団体であるときはその名称及び代表者の氏名)

医師又は歯科医師等の証明 療養の内容, 期間, 傷病の部位, 傷病の経過の概要, 治療担当者氏名

療養の内訳及び金額 (内訳裏面のとおり), 水看護料, へ移送費, ト 上記以外の療養費, チ 療養の給付を受けなかった理由

費用の種類, 療養期間の初日, 療養期間の末日, 診療実日数, 転帰事由

上記により療養補償給付たる療養の費用の支給を請求します。



平成28年07月01日 郵便番号 454-0001 電話 654-3215 局番 52, 住所 愛知県名古屋市中川区運河町2-9 (方), 氏名 伊達 正夫 印

名古屋北労働基準監督署長 殿

印の欄は記入しないこと。(職員が記入します。) ○裏面の注意事項を読んでから記入して下さい。折り曲げる場合には()の所を谷に折りさらに2つ折りにして下さい。

リ 労働者の所属事業場の名称・所在地	総研建設業安全組合	又 負傷又は発病の時刻	ル 災害発生の実を確認した者の氏名	職名 現場監督
	愛知県名古屋市中区三の丸3-3			午後 1時 00分頃
ヲ 災害の原因及び発生状況 あどのような場所で いどのような作業をしているときに うどのような物又は環境に えどのような不安全又は有害な状態があつて おどのような災害が発生したかを詳細に記入すること				
高所足場より転落し腰部打撲。				

療養の内訳及び金額

診療内容	点数(点)	診療内容	金額	摘要
初診 時間外・休日・深夜		初診	円	
再診 外来診療科	× 回	再診	円	
継続管理加算	× 回	指導	円	
外来管理加算	× 回	その他	円	
時間外	× 回			
休日	× 回	食事(基準)		
深夜	× 回	円× 日間	円	
指導		円× 日間	円	
在宅		円× 日間	円	
往診	回			
夜間	回			
緊急・深夜	回			
在宅患者訪問診療	回	小計	円	
その他	回	摘要		
薬剤	回			
投薬				
内服 薬剤	単位 回			
調剤	× 回			
屯服 薬剤	単位 回			
外来 薬剤	単位 回			
調剤	× 回			
処方	× 回			
麻毒	回			
調基	回			
注射				
皮下筋肉内	回			
静脈内	回			
その他	回			
処置	回			
薬剤	回			
手術	回			
麻酔	回			
検査	回			
薬剤	回			
画像診断	回			
薬剤	回			
その他	回			
処方せん	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			
	× 日間			
	特定入院料・その他			
小計	点	円	合計金額 +	円

(注 意)

- 一、共通の注意事項
 - (一) 事項を選択する場合には、該当する事項を丸で囲むこと。
 - (二) ホ、ハ及びヒトについては、その費用についての明細書及び看護移送等をした者の請求書又は領収書を添えること。
 - (三) イの期間には、最終の投薬の期間をも算入すること。
 - (四) リは、労働者の直接所属する事業場を一括摘要の取扱いをしている支店、工場、工事現場等の場合に記載すること。
 - (五) ヲは、どのような場所、どのような作業をしているときに、どのような物で又はどのような状況において、どのようにして災害が発生したかを簡明に記載すること。
- 二、傷病補償年金の受給権者が当該傷病に係る療養の費用を請求する場合以外の場合の注意事項
 - (一) 4は、記載する必要がないこと。
 - (二) ルは、災害発生の実を確認した者（確認した者が多数あるときは最初に発見した者）を記載すること。
 - (三) ル及びリは、第二回以後の請求の場合には記載する必要がないこと。
 - (四) ル第二回以後の請求が離職後である場合には事業主の証明は受ける必要がないこと。
- 三、傷病補償年金の受給権者が当該傷病に係る療養の費用を請求する場合の注意事項
 - (一) 3、6、7及びリまでは記載する必要がないこと。
 - (二) 事業主の証明は受ける必要がないこと。
- 四、「事業主の氏名」の欄、病院又は診療所の診療担当者氏名の欄及び「請求人の氏名」の欄は、記名押印すること（代えて、自筆による書名をすることができる）。

裏面の記入枠を訂正したときの訂正印欄	削	字	印
	加	字	

社会保険 労務士 記載欄	作成年月日提出代行者の表示	氏 名	電 話 番 号
		印	

療養補償給付たる療養の費用請求書(同一傷病分)

標準字体

Table with 4 rows and 7 columns of standard font characters for insurance forms.

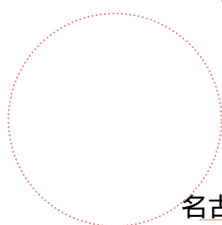
○濁点、半濁点は一文字として取り扱ってください。(例) カ・ハ・

帳票種別 34210 管轄局番 業通別 1 (業3通)

(注意) 一、〇〇〇で表示された枠(以下、記入枠という)に記入する文字は、光学的文字読取装置(OCR)で直接読取りを行うので、汚したり、穴をあけたり、必要以上に強く折り曲げたり、糊づけたりしないこと。

印の欄は記入しないでください。(職員が記入します。) ◎裏面の注意事項を読んでから記載してください。折りまける場合は()の所を谷に折りさらに2つ折りにしてください。

Main form body containing laborer details (伊達 正夫), injury information (28年07月01日), medical treatment details (中村接骨院), and financial information (口座番号 1212127).



上記により療養補償給付たる療養の費用の支給を請求します。 郵便番号 454-0001 電話 654-3215 局番 052

名古屋北 労働基準監督署長 殿

様式第7号(2)(裏面)

二 労働者の所属事業場の名称・所在地 総研建設業安全組合 愛知県名古屋市中区三の丸3-3	水 負傷又は発病の時刻 午前 1時 00分頃	労働災害発生事実を確認した者の氏名 職名 現場監督 氏名 労災 次郎
	ト災害の原因及び発生状況 あどのような場所でいどのような作業をしているときに うどのような物又は環境に えどのような不安全な又は有害な状態があつて おどのような災害が発生したかを詳細に記入すること	
高所足場より転落し腰部打撲。		

療養の内訳及び金額

病院又は診療所の名称	中村接骨院		
診療所の所在地	愛知県名古屋市中村区則武本通 8 - 8		
担当医氏名	1 診療 花子	3 .	
	2 .	4 .	

医師番号	処方月日	調剤月日	処 方		調剤数量	調 剤 報 酬 点 数		
			医薬品名・規格・用量・剤型・用法	単剤薬料(点)		調剤料(点)	薬料(点)	加算料(点)
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
受付回数	回	適要						
調剤基本料 (点)			時間外等加算 (点)		指導料 (点)		合計点数 (点)	
							合計金額 (円)	

裏面の記入枠を訂正したときの訂正印欄	削 字 印
	加 字

社会保険労務士記載欄	作成年月日提出代行者の表示	氏 名	電 話 番 号
		印	

療養補償給付たる療養の費用請求書(同一傷病分)

標準字体

Table with 4 rows and 7 columns of standard font characters for input.

○濁点、半濁点は一文字として取り扱うこと。(例) カ・ハ・

帳票種別 34212 管轄局番 業通別 1

労働保険番号 23101135798001 管轄局 種別 西暦年 番号

労働者の性別 1 労働者の生年月日 5400609 負傷又は発病年月日 280601

シメイ(カタカナ) タテマサオ 三コード 委任支給 特別加入者 審査コード

労働者の氏名 伊達 正夫 (51歳) の住所 愛知県名古屋市中川区運河町2-9

預金の種類 1 口座番号 1212127

下の欄及び から までの欄は、口座を新規に届け出る場合、又は、届け出た口座を変更する場合のみ記入して下さい。メイギニン(カタカナ) タテマサオ

新規・変更 振込希望 三菱東京UFJ 銀行 名古屋駅前支店 口座名義人 伊達 正夫

の者については 及び裏面ホ トに記載したとおりであることを証明します。平成 28年 07月 01日 事業の名称 総研建設業安全組合 電話番号 561-1111 事業場の所在地 愛知県名古屋市中区三の丸3-3 郵便番号 460-0001 事業主の氏名 労働 太郎

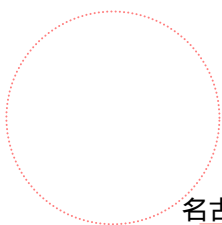
の者については、イ から八まで及び21に記載したとおりであることを証明します。柔道整復師の証明 療養の内容 イ期間 年 月 日から 年 月 日まで 日間 施術実日数 日

傷病の経過の概要 年 月 日 治ゆ・継続中・転医・中止

20 指定・指名番号 府 県 種別 一連番号 21 療養に要した費用の額(内訳裏面のとおりに) 千 百 万 千 百 十 円

22 療養期間の初日 年 月 日 から 23 療養期間の末日 年 月 日 まで 24 診療実日数 日 25 転医事由 1 治ゆ 2 継続中 3 転医 4 中止

上記により療養補償給付たる療養の費用の支給を請求します。



平成 28年 07月 01日

請求人の

名古屋北 労働基準監督署長 殿

郵便番号 454-0001

電話 052 局番 654-3215

住所 愛知県名古屋市中川区運河町2-9 (方)

氏名 伊達 正夫 印

(注意) 一、二、三、記載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○で囲むこと。(ただし、及び欄については該当番号を記入欄に記入すること。)

印の欄は記入しないこと。(職員が記入します。)

裏面の注意事項を読んでから記入して下さい。折り曲げる場合には()の所を谷に折りながら2つ折りにして下さい。

労働者の 所属事業場の 名称・所在地	総研建設業安全組合 愛知県名古屋市中区三の丸3 -3	又 負傷又は発病の時刻 午前 1時 00分頃 午後	災害発生 事実を確認 した者の 氏名	現場監督 氏名 労災 次郎
	災害の原因及び発生状況 あのような場所で いどのような作業をしているときに うどのような物又は環境に え どのような不安全な又は有害な状態があつて あどのような災害が発生したかを詳細に記入すること 高所足場より転落し腰部打撲。			

療養の内訳及び金額	初 検 料	初検年月 平成 年 月 日 時頃	時間外・深夜・休日加算		円	千	円
		再 検 料	円	指 導 管 理 料	回	円	
	往 療 料	距離 片道 km	回	1 回	円	夜間・難路・暴風雨雪加算	円
整 復 固 定 料 初 回 処 置	傷病名及び部位		回 数	1 回	の 料 金	証 明 書 料	回
	イ		回		円	特 別 材 料 料	円
	ロ						
	ハ						
後 療 料	イ		回		円	包 帯 交 換 料	円
	ロ						
	ハ						
	ニ						
電 療 料	イ	回	ロ	回	ハ	回	ニ
	イ	回	ロ	回	ハ	回	ニ
あん法料	冷あん法	イ	回	ロ	回	ハ	回
	温あん法	イ	回	ロ	回	ハ	回
そ の 他							
合 計							

(注 意)

- 共通の注意事項
 - この請求書は、柔道整復師から施術を受けた場合に提出すること。
 - 事項を選択する場合には、該当する事項を丸で囲むこと。
 - ニは、労働者の直接所属する事業場が一括摘要の取扱いをしている支店、工場、工事現場等の場合に記載すること。
 - トは、どのような場所で、どのような作業をしているときに、どのような物で又はどのような状態において、どのようにして災害が発生したかを簡明に記載すること。
- 傷病補償年金の受給権者が当該傷病に係る療養の費用を請求する場合以外の場合の注意事項
 - ハは、記載する必要がないこと。
 - ヘは、災害発生の実事を確認した者(確認した者が多数あるときには、最初に発見した者)を記載すること。
 - ヘ及びトは、第2回以後の場合には記載する必要がないこと。
 - 第2回以後の請求が離職後である場合には事業主の証明は受ける必要がないこと。
- 傷病補償年金の受給権者が当該傷病に係る療養の費用を請求する場合の注意事項
 - イ、ロ、ハ及びホからトまでは記載する必要がないこと。
 - 事業主の証明は受ける必要がないこと。
- 「事業主の氏名」の欄、「施術所の氏名」の欄及び「請求人の氏名」の欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができる。

委 任 状

わたくしは、柔道整復師 柔道 五郎 を代理人と定め、わたくしが請求する表記療養の費用につき労災保険から給付される金額の受領を委任します。

平成28年 06月 05日 委任者の住所 愛知県名古屋市中区東桜6 9

氏名 印
(記名押印または署名)

表面の記入枠を訂正したときの訂正印欄	削 字 印 加 字
--------------------	--------------

社会保険 労 務 士 記 載 欄	作成年月日提出代行者の表示	氏 名	電 話 番 号
		印	

休業補償給付支給請求書 第 1 回
休業特別支給金支給申請書 (同一傷病分)

Table with Japanese characters for input: アカサタナハマヤラウ, イキシチニヒミリン, ウクスツヌフムルユ, エケセテネヘメレ, オコソトノホモヨロ

○濁点、半濁点は一文字として書いてください。(例)

カ・ハ・

帳票種別 34310, 修正項目番号(1) 修正項目番号(2), 管轄局署

労働保険番号 23101135798001

労働者の性別 1, 労働者の生年月日 5400609, 負傷又は発病年月日 280601

シメイ(カタカナ) タテマサオ

労働者の氏名 伊達 正夫 (51歳), 住所 愛知県名古屋市中川区運河町2-9

新継再別, 受付年月日

業通別 1, 三者コード 1, 日産コード 1, 特別加入者

日数査定, 特支コード 1, 委任未支給 1, 特別コード 1, 補助キー

平均賃金 10万 1千 1百 1十 1円 1十 1銭

特別給与の額 1千 1百 1十 1円 1十 1銭

下の欄及び②、③、⑤、⑥欄は口座を新規に届け出る場合、又は、届け出た口座を変更する場合のみ記入して下さい

療養のため労働できなかった期間 280601 から 280630 まで 30日間のうち 30日

新規・変更

三菱東京UFJ銀行 名古屋駅前支店, 伊達 正夫

22 預金の種類 1, 23 口座番号 1212127, 24 金融機関コード

メイギニン(カタカナ) タテマサオ

修正欄(1), 修正欄(2)

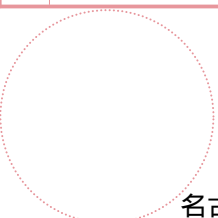
の者については、20、21、32から37まで(37の八を除く)、及び別紙2に記載したとおりであることを証明します。

28年07月01日, 事業の名称 総研建設業安全組合, 事業場の所在地 愛知県名古屋市中区三の丸3-3, 事業主の氏名 労働 太郎, 労働者の直接所属 総研建設業安全組合, 事業場名称所在地 愛知県名古屋市中区三の丸3-3

(注意) 1. ⑦の①及び②については、の者が厚生年金保険の被保険者である場合に限り証明してください。 2. 労働者の直接所属事業場名称所在地については、当該事業場が一括適用の取扱いをしている支店、工場、工事現場等の場合に限り記入してください。

診療担当者の証明, ⑦ 傷病の部位及び傷病名, ⑨ 療養の期間, ⑩ 療養の現況, ⑪ 療養のため労働することができなかったと認められる期間, ⑫ 傷病の経過

上記により休業補償給付の支給を請求し、休業特別支給金の支給を申請します。平成28年07月01日, 請求人の氏名 伊達 正夫



名古屋北労働基準監督署長 殿

印の欄は記入しないでください。(職員が記入します。)
裏面の注意事項を読んでから記入してください。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。

(注意) 一、二、三、記入枠の部分は、必ず黒のボールペンを使用し、様式右上に記載させた「標準字体」にならって、枠からはみださないように大きめのカタカナ及びアラビア数字で明りように記載してください。二、記載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○でかこんでください。(ただし、の欄の元号及び②欄については該当番号を記入枠に記入してください。)

労働保険番号										氏名		災害発生日月日	
府県	所管	管轄	基幹番号					枝番号		伊達 正夫	28年 06月 01日		
2	3	1	0	1	1	3	5	7	9				8

平均賃金算定内訳

(労働基準法第12条参照のこと。)

雇入年月日		28年 01月 01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・出来高払制・その他請負制				賃金締切日	毎月 末日	
A	月よって支払ったもの期間に	賃金計算期間	4月 1日から 4月 30日まで	5月 1日から 5月 31日まで	6月 1日から 6月 30日まで	計		
		総日数	30日	31日	30日	イ	91日	
		賃金	基本賃金	300,000円	300,000円	300,000円	900,000円	
			手当					
			手当					
			計	300,000円	300,000円	300,000円	ロ	900,000円
		B	日若し請負は時間又は出来高払制その	賃金計算期間	4月 1日から 4月 30日まで	5月 1日から 5月 31日まで	6月 1日から 6月 30日まで	計
総日数	30日			31日	30日	イ	91日	
労働日数	日			日	日	ハ	日	
賃金	基本賃金			円	円	円	円	
	手当							
	手当							
	計			円	円	円	ニ	円
総計		300,000円	300,000円	300,000円	ホ	900,000円		
平均賃金		賃金総額ホ 900,000円 ÷ 総日数イ 91 = 9,890円 10銭						
最低保障平均賃金の計算方法								
Aのロ 900,000円 ÷ 総日数イ 91 = 9,890円 10銭へ								
Bのニ 円 ÷ 労働日数ハ × $\frac{60}{100}$ = 円 銭ト								
へ 9,890円 10銭 + ト 円 銭 = 9,890円 10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年労省告示第52号による。)	第1号又は第2号の場合	賃金計算期間	い 労働日数又は労働総日数	ろ 賃金総額	平均賃金 $(ろ ÷ い) \times \frac{73}{100}$			
	第3号の場合	月 日から 月 日まで	日	円	円 銭			
	第4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 都道府県労働局長が定めた金額			円			
漁業及び林業労働者の平均賃金 (昭和24年労省告示第5号第2条による。)	平均賃金協定額の承認年月日		年 月 日 職種	平均賃金協定額 円				
賃金計算期間のうち業務外の傷病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傷病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 (賃金の総額ホ - 休業した期間にかかる のリ) ÷ (総日数イ - 休業した期間 のチ) (円 - 円) ÷ (日 - 日) 円 銭								

特別加入者に係る業務災害証明書

労働保険番号		府 県	所 掌	管 轄	基 幹 番 号						枝 番 号			
		2	3	1	0	1	1	3	5	7	9	8	0	0
特別加入者の	氏 名	伊達 正夫												
	生 年 月 日	明・大・昭・平 40年 06月 09日(51才)												
	住 所	愛知県名古屋市中川区運河町2 - 9												
	職 種	大工												
負傷発病	年 月 日	平成 28年 07月 01日 午後 1時 00分頃												
所定労働時間		午後 8時 00分から 午後 5時 00分迄												
災害の原因及び発生状況														
高所足場より転落し腰部打撲。														
療養のため労働できなかった期間(休業)														
平成 年 月 日から平成 年 月 日まで 日間のうち 日														
労働者災害補償保険法施行規則第46条の27第2項の規定により 上記のとおり相違いないことを証明します。														
平成 年 月 日														
証明者住所 _____														
職・氏名 _____ 印														
証明者住所 _____														
職・氏名 _____ 印														

(注意)

- 1、記載すべき事項のない欄には、斜線を引くこと。
- 2、災害発生の事実を確認した者と休業期間を証明する者が、異なる場合はそれぞれ証明すること。
- 3、この証明書は、各補償給付請求書並びに届出書に添付すること。但し、2回目以降については、 欄は記載する必要がないこと。

裏面に記載してある注意事項をよく読んで、記入してください。

通勤災害用

療養給付たる療養の給付請求書

標準字体

0	5	ア	カ	サ	タ	ナ	ハ	マ	ヤ	ラ	ワ
1	6	イ	キ	シ	チ	ニ	ヒ	ミ	リ	ン	
2	7	ウ	ク	ツ	ツ	ヌ	フ	ム	ユ	ル	
3	8	エ	ケ	セ	テ	ネ	ヘ	メ	レ		
4	8	オ	コ	ソ	ト	ノ	ホ	モ	ヨ	ロ	-

帳票種別 **34550** 管轄局番 業通別 **3** 1業通 3 1全レセ 3全給付 保留 受付年月日 年 月 日

労働保険番号 **23101135798301** 処理区分 支給・不支給決定年月日 年 月 日

性別 **3** (男) 労働者の生年月日 **5590303** 負傷又は発病年月日 **280601** 再発年月日 年 月 日

シメイ (カタカナ) ; 性と名の間は1文字あけて記入してください。
ア **ソ** **ト** **ウ** **マ** **オ**

三者 1自 3労 5他 特別加入者

氏名 **安藤 真央** (32歳) 第三者行為災害

フリガナ **アイケンゴ ヤシカマルノオ5-33** 該当する・該当しない

住所 **愛知県名古屋市中区丸の内35-33** 健康保険日雇特例被保険者手帳の記号及び番号

郵便番号 **460 0002**

職種 **事務職**

通勤災害に関する事項 裏面のとおり

指定病院等の名称 **中村赤十字** 電話番号 **052 局番 563-2211**

所在地 **愛知県名古屋市中村区岩塚町58-9** 郵便番号 **453-0862**

21 傷病の部位及び状態 **右腕骨折**

の者については、及び裏面のイ、ロ、ハ、ニ、ヘ、ト(通常の通勤の経路及び方法に限る。)に記載したとおりであることを証明します。 平成28年 07月 01日

事業の名称 **株式会社 システム総研** 電話番号 **052 局番 654-2233**

事業場の所在地 **愛知県名古屋市中区三の丸33-33 三の丸ビル20F** 郵便番号 **460-0002**

事業主の氏名 **代表取締役 織田 信夫** 印

(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 **株式会社 システム総研 愛知県名古屋市中区三の丸33-33 三の丸ビル20F** 電話番号 **052 局番 654-2233**

(注意) 1 事業主は、裏面のイ、ロ及びトについては、知り得なかった場合には説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している支店、工場、工事現場等の場合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。 平成28年 07月 01日

名古屋北 労働基準監督署長 殿 郵便番号 **460-0002** 電話番号 **052 局番 654-2233**

住所 **愛知県名古屋市中区丸の内35-33** (方) 印

氏名 **安藤 真央** 印

請求人の **中村赤十字** 病院 診療 訪問 **療** 院 所 局 業 者 經由

支不支給 決定 決議書

署長	次長	課長	係長	係	決定年月日	・	・
調査年月日	・	・	・	・	・	・	・
復命書番号	第	号	第	号	第	号	第

不支給の理由

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()の所を谷に折りさるに2つ折りにしてください。

(この欄は記入しないでください。)

通勤災害に関する事項

イ負傷又は発病の時刻	午後 8時 30分頃	ロ災害発生の場所	名古屋市中村区
ハ災害発生の日の就業の場所	名古屋市中村区	ニ災害発生の日の就業開始の予定時刻又は就業終了の時刻	午後 9時 00分頃
ホ災害発生の日に住居を離れた時刻	午後 7時 45分頃	ヘ災害発生の日に就業の場所を離れた時刻	午後 時 分頃
ト通常の通勤の経路、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)		
チ災害の原因及び発生状況	自転車を運転中、道路の段差にハンドルをとられ転倒。 右腕を骨折。		
リ現認者の住所	名古屋市中村区	電話番号	052局 331-2121番
氏名	井上 太郎		

表面の記入枠を訂正したときの訂正印欄	削字加字印	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
				印	

労働者災害補償保険
療養給付たる療養の給付を受ける指定病院等(変更)届

名古屋北 労働基準監督署長 殿

年 月 日

(郵便番号 460 - 0002)

(中村赤十字 病院
診療所 経由
薬局
訪問看護事業者)住所 愛知県名古屋市中区丸の内35 - 052 局
電話番号 654-2233 番

届出人の 方

氏名 安藤 真央 印

下記により療養給付たる療養の給付を受ける指定病院等を(変更するので)届けます。

(注意)

二、事項を選択する場合には該当する事項を丸で囲むこと。
傷病年金の支給を受ける場合には、傷病年金の受給権者が当該傷病に係る療養に關しこの届書を提出する者であるときは、
傷病年金の受給権者が当該傷病に係る療養に關しこの届書を提出する場合以外の場合で、その提出が離職後であるときは、
「届出人の氏名」の欄及び「事業主の氏名」の欄は、記名押印することによって代えて、自筆による署名をすることができる。

労働保険番号				氏名	安藤 真央 (男・女)	負傷又は発病年月日
府県	所掌	管轄	基幹番号	枝番号	労働者 の職種	平成28年 06月 01日 午後 8時 30分頃
23	1	01	135798	301		
年金証書の番号				生年月日	昭和59年 03月 03日 (32歳)	
管轄局	種別	西暦年	番号	住所		
				愛知県名古屋市中区丸の内35-33		
災害の原因及び発生状況				事務職		
自転車を運転中、道路の段差にハンドルをとられ転倒。 右腕を骨折。						
の者については、 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	株式会社 システム総研	
				郵便番号	460 - 0002	
				事業場の所在地	愛知県名古屋市中区三の丸33-33 三の丸ビル20F	052 局 電話番号 654-2233 番
				事業主の氏名	代表取締役 織田 信夫 印	
				(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)		
[注意] 事業主は、 について知り得なかった場合には、証明する必要がないこと。						
指定病院等の変更	変更前の	名称	(労災指定医番号)			
	変更後の	名称	中村赤十字			
		所在地	愛知県名古屋市中村区岩塚町58-9			
	変更理由					
	傷病年金の支給を受けることとなった後に療養の給付を受けようとする指定病院等の	名称				
		所在地				
	傷病名	骨折				

療養給付たる療養の費用請求書 (同一傷病分)

○濁点、半濁点は一文字として取り扱うこと。(例) カ・ハ・

帳票種別 34210 管轄局番 業通別 3 1業通 3通

標準字体表: 05アカサタナハマヤラワ, 16イキシチニヒミリン, 27ウクツツヌフムユル, 38エケセテネヘメレ, 49オコソトノホモヨロ

(注意) 一、記入枠の部分は、必ず黒のボールペンを使用し、様式右上に記載された「標準字体」にならな... 二、記載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○で囲むこと... 三、記入枠の部分は、必ず黒のボールペンを使用し、様式右上に記載された「標準字体」にならな...

労働保険番号 23101135798301 府県 23 所管 10 管轄 11 基幹番号 357983 枝番号 01 年 1 金 3 証 0 1

労働者の性別 3 (男) 労働者の生年月日 5590303 負傷又は発病年月日 280601 補助キ 受付年月日

シメイ (カタカナ) アントウマオ 三者コード 委任支給 特別加入者 審査コード

労働者の氏名 安藤 真央 (32歳) 26郵便番号 4600002 金融機関コード

住所 愛知県名古屋市中区丸の内35-33 預金の種類 1 口座番号 2652148

下の欄及び から までの欄は、口座を新規に届出する場合、又は、届出た口座を変更する場合のみ記入して下さい。メイギニン (カタカナ) アントウマオ

新規・変更 振込の名称 名古屋中央支店 口座名義人 安藤 真央

の者については 及び裏面のラ (通常の通勤の経路及び方法に限る。)ワカヨタレに記載したとおりであることを証明します。

事業の名称 株式会社 システム総研 電話番号 654-2233 事業場の所在地 愛知県名古屋市中区三の丸33-33 郵便番号 460-0002 事業主の氏名 代表取締役 織田 信夫

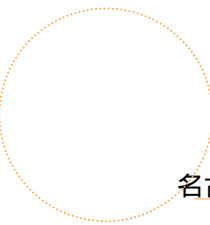
医師又は歯科医師等の証明 療養の内容 傷病の部位又は傷病名 傷病の経過の概要 期間 年月日 から 年月日まで 日間 診療実日数 日

療養の内訳及び金額 (内訳裏面のとおり) 水看護料 年月日から 年月日まで 日間 (看護婦の資格の有・無) へ移送費 から まで片道・往復 キロメートル 回 ト 上記以外の療養費 (内訳別紙請求書又は領収書 枚のとおりに) チ 療養の給付を受けなかった理由 20 療養に要した費用の額 (合計) 千円 万円 十円 円

21 費用の種類 22 療養期間の初日 23 療養期間の末日 24 診療実日数 25 転帰事由

上記により療養給付たる療養の費用の支給を請求します。

平成28年 07月 01日 郵便番号 460-0002 電話 654-2233 住所 愛知県名古屋市中区丸の内35-33 (方) 氏名 安藤 真央 印



名古屋北労働基準監督署長 殿

印の欄は記入しないこと。(職員が記入します) 裏面の注意事項を読んでから記載して下さい。折り曲げる場合には、()の所を谷に折り込み、()の所を谷に折り込んで下さい。

労働者の所属事業場の名称・所在地	株式会社 システム総研 愛知県名古屋市中区三の丸33-33 三の丸ビル20F	住所	名古屋市中村区
災害の原因及び発生状況	自転車運転中、道路の段差にハンドルをとられ転倒。 右腕を骨折。		
災害発生場所	名古屋市中村区	通常の通勤の経路・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に至った経路、方法、所要時間、その他の状況	
災害発生の日の就業場所	名古屋市中村区		
負傷又は発病の時刻	午前 8時 30分頃 午後		
災害発生の日の就業開始の予定時刻又は就業終了の時刻	午前 9時 00分頃 午後		
災害発生の日に住居又は就業の場所を離れた時刻	午前 7時 45分頃 午後		
第三者行為災害	該当する・該当しない		
健康保険日雇特別被保険者手帳の記号及び番号		(通常の通勤所要時間 時間 分)	

療養の内訳及び金額

(注 意)

診療内容	点数(点)	診療内容	金額	摘要
初診 時間外・休日・深夜		初診	円	
再診 外来診療科	× 回	再診	円	
継続管理加算	× 回	指導	円	
外来管理加算	× 回	その他	円	
時間外	× 回			
休日	× 回			
深夜	× 回	食事(基準)		
指導		円× 日間	円	
在宅 往診	回	円× 日間	円	
夜間	回	円× 日間	円	
緊急・深夜	回	小計	円	
在宅患者訪問診療	回			
その他	回			
薬剤	回			
投薬 内服 薬剤	単位 回			
調剤	× 回			
屯服 薬剤	単位 回			
外来 薬剤	単位 回			
調剤	× 回			
処方	× 回			
麻毒	回			
調基	回			
注射 皮下筋肉内	回			
静脈内	回			
その他	回			
処置 薬剤	回			
手術	回			
麻酔	回			
検査 薬剤	回			
画像診断 薬剤	回			
その他 処方せん	回			
入院 薬剤				
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			
	× 日間			
特定入院料・その他				
小計	点	合計金額 +	円	

- 一、共通の注意事項
 - (一) 事項を選択する場合には、該当する事項を丸で囲むこと。
 - (二) ホ、ヘ及びトについては、その費用についての明細書及び看護移送等をした者の請求書又は領収書を添えること。
 - (三) イの期間には、最終の投薬の期間をも算入すること。
 - (四) リは、労働者の直接所属する事業場が一括適用の取扱いをしている支店、工場、工事現場等の場合に記載すること。
 - (五) ルは、どのような場所を、どのような方法で往復している際、どのような物で又はどのような状況下において、どのようにして災害が発生したかを簡明に記載すること。
 - (六) ヲは、請求人が健康保険の日雇特別被保険者でない場合には、記載する必要がないこと。
- 二、傷病補償年金の受給権者が当該傷病に係る療養の費用を請求する場合以外の場合の注意事項
 - (一) 4は記載する必要がないこと。
 - (二) 第2回以後の請求の場合には、ヌからレについては記載する必要がなく、また事業主の証明は受ける必要がないこと。
- 三、傷病年金の受給権者が当該傷病に係る療養の費用を請求する場合の注意事項
 - (一) 3、6、7及びヌからソまでは記載する必要がないこと。
 - (二) 事業主の証明は受ける必要がないこと。
 - (三) 事業主の氏名、病名又は診療所の診療担当者氏名の欄及び「請求人の氏名」の欄は、記名押印することによって、自筆による書名とする必要がある。
- 四、事業主の氏名、病名又は診療所の診療担当者氏名の欄及び「請求人の氏名」の欄は、記名押印することによって、自筆による書名とする必要がある。

裏面の記入枠を訂正したときの訂正印欄

削 字 印
加 字

社会保険 労務士 記載欄	作成年月日提出代行者の表示	氏 名	電 話 番 号
		印	

通勤災害用

第 1 回

療養給付たる療養の費用請求書(同一傷病分)

0	5	ア	カ	タ	ナ	ハ	マ	ヤ	ラ	ワ
1	6	イ	キ	チ	ニ	ヒ	ミ		リン	
2	7	ウ	ク	ツ	ヌ	フ	ム	ユ	ル	*
3	8	エ	ケ	セ	テ	ネ	ヘ	メ	レ	*
4	9	オ	コ	ソ	ト	ノ	ホ	モ	ヨ	ロ

○濁点、半濁点は一文字として取り扱うこと。(例) カ・ハ・

帳票種別	管轄局番	業通別
3 4 2 1 1		1 業通別 3 通

労働保険番号	府県	所掌	管轄	基幹	番号	枝番号	年	金	管	種	西	番	号
2 3 1 0 1 1 3 5 7 9 8 3 0 1													

労働者の性別	労働者の生年月日	負傷又は発病年月日	補助キ	受付年月日
1男 3女 3	5 5 9 0 3 0 3	2 8 0 6 0 1		

シメイ(カタカナ)	三者コード	委任支給	特別加入者	審査コード
アントウマオ	1 自 3 労 5 他	1 委任 3 未支給 5 委未		

労働者の氏名	24 郵便番号	金融機関	店 舗
安藤 真央 (32歳)	4 6 0 - 0 0 0 2		

住所	預金の種類	口座番号
愛知県名古屋市中区丸の内35-33	1 普通 3 当座	2 6 5 2 1 4 8

下の欄及び から までの欄は、口座を新規に届出する場合、又は、届出た口座を変更する場合のみ記入して下さい。	メイギニン(カタカナ)
	アントウマオ

新規・変更	振込希望	銀行	支店	口座名義人
	みずほ	名古屋中央支		安藤 真央

事業者の名称	株式会社 システム総研	電話番号	654-2233
事業所の所在地	愛知県名古屋市中区三の丸33-33	郵便番号	460-0002

事業主の氏名	代表取締役 織田 信夫
(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)	

イ 傷病名	骨折	所在地	愛知県名古屋市中村区岩塚町58-9	郵便番号	453-0862
-------	----	-----	-------------------	------	----------

病院又は診療所の名称	中村赤十字	電話番号	563-2211
診療担当者氏名			

薬剤師の証明	の者については、ロ、に記載したとおりであること及びロ、に記載した事項は、医師の処方に基づくものであることを証明します。
--------	---

所在地	郵便番号	電話番号	調剤担当者氏名

口療養の内容	期間	年	月	日から	年	月	日まで	日間	調剤実日数	日
--------	----	---	---	-----	---	---	-----	----	-------	---

八療養の給付を受けなかった理由	療養に要した費用の額(内訳裏面のとおりに)
	千 万 百 万 十 万 万 千 百 十 円

21 療養期間の初日	22 療養期間の末日	23 調剤数量

上記により療養補償給付たる療養の費用の支給を請求します。

平成 28 年 07 月 01 日	郵便番号	460-0002	電話	654-2233
請求人の氏名	安藤 真央	住所	愛知県名古屋市中区丸の内35-33	印

名古屋北労働基準監督署長 殿

(注意) 一、二、三、記入すべき事項のない欄又は記入すべき事項を空欄のままとし、事項を選択する場合には該当事項を○で囲むこと。(ただし、及び欄については該当番号を記入すること。)

印の欄は記入しないこと。(職員が記入します。)



様式第16号の5 (2) (裏面)

労働者の所属事業場の名称・所在地	株式会社 システム総研 愛知県名古屋市中区三の丸33-33 三の丸ビル20F	住所	名古屋市中村区
		現認者の氏名	井上 太郎
		電話	052 331-2121
災害の原因及び発生状況 自転車を運転中、道路の段差にハンドルをとられ転倒。 右腕を骨折。			
災害発生場所	名古屋市中村区	通常の通勤の経路・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場所に至った経路、方法、所要時間、その他の状況	
災害発生の日の就業場所	名古屋市中村区		
負傷又は発病の時刻	午前 8時 30分頃 午後		
災害発生の日の就業開始の予定時刻又は就業終了の時刻	午前 9時 00分頃 午後		
災害発生の日に住居又は就業の場所を離れた時刻	午前 7時 45分頃 午後		
第三者行為災害	該当する 該当しない		
健康保険日雇特例被保険者手帳の記号及び番号		(通常の通勤所要時間 時間 分)	

療養の内訳及び金額

病院又は診療所の名称	中村赤十字
所在地	愛知県名古屋市中村区岩塚町58-9
担当医氏名	1 . 3 . 2 . 4 .

医師番号	処方月日	調剤月日	処 方		調剤数量	調 剤 報 酬 点 数		
			医薬品名・規格・用量・剤型・用法	単剤薬剤料 (点)		調剤料 (点)	薬剤料 (点)	加算料 (点)
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
受付回数		適要						
	回							
調剤基本料 (点)			時間外等加算 (点)	指導料 (点)	合計点数 (点)			
					合計金額 (円)			

裏面の記入枠を訂正したときの訂正印欄	削	字	印
	加	字	

社会保険労務士記載欄	作成年月日提出代行者の表示	氏 名	電 話 番 号
		印	

通勤災害用

第 1 回

療養給付たる療養の費用請求書(同一傷病分)

標準字体

Table with 4 rows and 7 columns of standard font characters for input.

○濁点、半濁点は一文字として取り扱うこと。(例) カ・ハ・

Form for receipt type (34212), jurisdiction (), and industry (313).

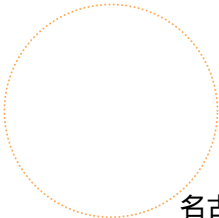
(注意) 一、□□□□で表示された枠以下、記入枠という。に記入する文字は、光学的文字読取装置(OCR)で直接読取りを行うので、活したり、穴をあけたり、必要以上に強く折り曲げたり、糊づけたりしないこと。

Main form containing labor insurance number, personal information, injury details, and medical treatment records.

印の欄は記入しないこと。(職員が記入します。)

裏面の注意事項を読んでから記入して下さい。折り曲げる場合には()の所を谷に折りさらに2つ折りにして下さい。

上記により療養給付たる療養の費用の支給を請求します。



平成28年 07月 01日

請求人の

名古屋北労働基準監督署長 殿

郵便番号 460 - 0002 電話 654-2233 局番 052

住所 愛知県名古屋市中区丸の内35-33(方)

氏名 安藤 真央 印

様式第16号の5(3)(裏面)

二 労働者の所属事業場の名称・所在地	株式会社 システム総研 愛知県名古屋市中区三の丸33-33三の丸ビル20F	水 現認者の住所	名古屋市中村区
		氏名	井上 太郎
		電話	331-2121 ⁰⁵²
へ災害の原因及び発生状況			
自転車を運転中、道路の段差にハンドルをとられ転倒。 右腕を骨折。			
チ 災害発生場所	名古屋市中村区	ト 通常の通勤の経路・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ある場所に至った経路、方法、所要時間、その他の状況	
リ 災害発生の日の就業の場所	名古屋市中村区		
ヌ 負傷又は発病の時刻	午前 8時 30分頃		
ル 災害発生の日の就業開始の予定時刻又は就業終了の時刻	午前 9時 00分頃		
ヲ 災害発生の日に住居又は就業の場所を離れた時刻	午前 7時 45分頃		
ワ 第三者行為災害	該当する・該当しない		
カ 健康保険日雇特別被保険者手帳の記号及び番号		(通常の通勤所要時間 時間 分)	

療養の内訳及び金額	初 検 料	初検年月 平成 年 月 日 時頃	時間外・深夜・休日加算	円	千	円			
	再 検 料	回	円	指導管理料	回	円			
	運動療法料	回	円	施術情報提供料	円				
	休業(補償)給付証明料	回	円	証明期間					
	往 診 料	距離片道 km	回 1回	円	夜間・難路・暴風雨雪加算	円			
	整 復 固 定 料 初回処置	傷病名及び部位		金 額	特 別 材 料 料				
		イ		円	円				
		ロ							
		ハ							
	後 療 料	イ		回	円	包帯交換料	回	円	
		ロ							
		ハ							
		ニ							
	電 療 料	イ	回	ロ	回	ハ	回	ニ	回
	庵 法 料	冷庵法	イ	回	ロ	回	ハ	回	ニ
温庵法		イ	回	ロ	回	ハ	回	ニ	回
そ の 他									
合 計									

委任状
わたくしは、柔道整復師 柔道 次郎 を代理人と定め、わたくしが請求する表記療養の費用につき労災保険から給付される金額の受領を委任します。

平成28年 06月 30日 委任者の住所 愛知県名古屋市中区東桜36
氏名 印
(記名押印又は署名)

表面の記入枠を訂正したときの訂正印欄	削 加	字 印
--------------------	-----	-----

社会保険労務士記載欄	作成年月日提出代行者の表示	氏 名	電 話 番 号
		印	

通勤災害用

休業給付支給請求書 第 1 回
休業特別支給金支給申請書 (同一傷病分)

Table with 2 rows and 10 columns for standard font input.

○濁点、半濁点は一文字として書いてください。(例) カ・ハ・

帳票種別 34310 修正項目番号(1) 修正項目番号(2) 管轄局番

労働保険番号 23101135798301 新継再別 1新継再 2再継新 3再継再

労働者の性別 3 労働者の生年月日 5590303 負傷又は発病年月日 280601 業通別 3 三者コード 1 日雇コード 1

シメイ(カタカナ) アントウマオ

労働者の氏名 安藤 真央 (32歳) 平均賃金 特別給与の額

住所 愛知県名古屋市中区丸の内35-33

療養のため労働できなかった期間 280601 から 280630 まで 30日間のうち 20日

新規・変更 振込する金融機関の名称 みずほ 名古屋中央支店

口座名義人 安藤 真央

修正欄(1) 修正欄(2)

の者については、20、21、31から33まで、35、36、38、39(通常の通勤の経路及び方法に限る。)及び別紙に記載したとおりであることを証明します。 28年07月01日

① 傷病の部位及び傷病名 ② 療養の期間 ③ 療養の現況 ④ 療養のため労働することができなかったと認められる期間

請求人 申請人 安藤 真央 住所 愛知県名古屋市中区丸の内35-33

名古屋北労働基準監督署長 殿

(注意) 一、二、記載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○でかこんでください。(ただし、一、二、三、記入枠の部分は、必ず黒のボールペンを使用し、様式右上に記載された「標準字体」にならって、枠からはみださないように大きめのカタカナ及びアラビア数字で明りように記載してください。)

印の欄は記入しないでください。(職員が記入します) 裏面の注意事項を読んでから記入してください。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。

様式第16号の6（裏面）

31 労働者の職種	32 負傷又は発病の時刻	33 平均賃金（算定内訳別紙1のとおり）	
事務職	午後 8 時 30分頃	6,593 円 40銭	
34 災害発生の場所	名古屋市中村区		
35 災害発生の日の就業の場所	名古屋市中村区		
36 災害発生の日の就業開始の予定時刻又は就業終了の時刻	午後	9 時 00分頃	
37 災害発生の日に住居を離れた時刻	午後	7 時 45分頃	
38 災害発生の日に就業の場所を離れた時刻	午後	時 分頃	
39 通常の通勤の経路、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]		
40 災害の原因及び発生状況	自転車を運転中、道路の段差にハンドルをとられ転倒。 右腕を骨折。		
41 現認者の	住 所 名古屋市中村区	電話 052-331-2121 同番	
	氏 名 井上 太郎		
42 第三者行為災害	該当する・該当しない		
43 健康保険日雇特例被保険者手帳の記号及び番号			
44 休業給付額・休業特別支給金額の改定比率	(平均給与額証明書のとおり)		
45 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	
	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	年 月 日
		障害等級	級
		支給される年金の額	円
	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		
	所轄社会保険事務所等		

表面の記入枠を訂正したときの訂正印欄	削 字 加 字
--------------------	------------

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
		印	

労働保険番号										氏名		災害発生日		
府	県	所	管	轄	基幹番号			枝番号			安藤 真央		28年 06月 01日	
2	3	1	0	1	1	3	5	7	9	8				

平均賃金算定内訳

(労働基準法第12条参照のこと。)

雇入年月日		25年 04月 01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・出来高払制・その他請負制					賃金締切日	毎月 末日	
A	月よって支払ったもの期間に	賃金計算期間		4月 1日 から 4月 30日 まで	5月 1日 から 5月 31日 まで	6月 1日 から 6月 30日 まで	計		
		総日数		30日	31日	30日	イ	91日	
		基本賃金		200,000円	200,000円	200,000円	600,000円		
		手当							
		手当							
		計		200,000円	200,000円	200,000円	ロ	600,000円	
		総計		200,000円	200,000円	200,000円	ホ	600,000円	
B	日若し請負制は時間又は出来高払制その	賃金計算期間		4月 1日 から 4月 30日 まで	5月 1日 から 5月 31日 まで	6月 1日 から 6月 30日 まで	計		
		総日数		30日	31日	30日	イ	91日	
		労働日数		日	日	日	ハ	日	
		基本賃金		円	円	円	円		
		手当							
		手当							
		計		円	円	円	ニ	円	
総計		円	円	円	ホ	円			
平均賃金		賃金総額ホ 600,000円 ÷ 総日数イ 91 =					6,593円 40銭		
<p>最低保障平均賃金の計算方法</p> <p>Aのロ 600,000円 ÷ 総日数イ 91 = 6,593円 40銭へ</p> <p>Bのニ 円 ÷ 労働日数ハ × $\frac{60}{100}$ = 円 銭ト</p> <p>へ 6,593円 40銭 + ト 円 銭 = 6,593円 40銭 (最低保障平均賃金)</p>									
日日雇い入れられる者の平均賃金(昭和38年労省告示第52号による。)	第1号又は第2号の場合	賃金計算期間	い 労働日数又は労働総日数	ろ 賃金総額	平均賃金 $(ろ ÷ い) \times \frac{73}{100}$				
	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た金額			円				
漁業及び林業労働者の平均賃金(昭和24年労省告示第5号第2条による。)	平均賃金協定額の承認年月日			年 月 日	職種	平均賃金協定額 円			
<p>賃金計算期間のうち業務外の傷病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傷病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</p> <p>(賃金の総額ホ - 休業した期間にかかる のリ) ÷ (総日数イ - 休業した期間 のチ)</p> <p>(円 - 円) ÷ (日 - 日) 円 銭</p>									

