■ 様式第16号の3(表面)　労働者災害補償保険

通勤災害用

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	゛	゜	ー													
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	ヤ	ユ	ヨ	ラ	リ	ル	レ	ロ	ワ	ン				

標準字体で記入してください。

帳票種別 ※3 4 5 9 0　①管轄局署 □□□　②業通別 3　③保留 □　⑥処理区分 □□

④受付年月日 ※ 元号 年 月 日

⑤労働保険番号 府県 所掌 管轄 基幹番号 枝番号（年金証書番号記入欄）

⑦支給・不支給決定年月日 ※ 元号 年 月 日

⑧性別 1男 3女　⑨労働者の生年月日 1明治 3大正 5昭和 7平成 元号 年 月 日（1～9年は右へ↑ 1～9月は右へ↑ 1～9日は右へ↑）

⑩負傷又は発病年月日 元号 年 月 日（1～9年は右へ↑ 1～9月は右へ↑ 1～9日は右へ↑）

⑪再発年月日 ※ 元号 年 月 日

⑫労働者の

シメイ(カタカナ)；姓と名の間は1文字あけて記入してください。濁点・半濁点は1文字として記入してください。

氏名　（　歳）

⑯郵便番号 □□□－□□□□　フリガナ

住所

職種

⑬三者 ※ 1自 3労 5他

⑮特別加入者

⑰第三者行為災害 該当する・該当しない

⑱健康保険日雇特例被保険者手帳の記号及び番号

※印の欄は記入しないでください。（職員が記入します。）

⑲通勤災害に関する事項	裏面のとおり	
⑳指定病院等の	名称	電話番号　局　番
	所在地	郵便番号　－
㉑傷病の部位及び状態		

⑫の者については、⑩及び裏面の(ロ)、(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。

年　月　日

事業の名称　電話番号　局　番

事業場の所在地　郵便番号　－

事業主の氏名　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　電話番号　局　番

（注意）1　事業主は、裏面の(ロ)、(ハ)及び(リ)については、知り得なかった場合には証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受けている場合に、労働者が直接所属する支店、工事現場等を記載してください。

3　派遣労働者について、療養給付のみの請求がなされる場合にあっては、派遣先事業主は、派遣元事業主が証明する事項の記載内容が事実と相違ない旨裏面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。

年　月　日

労働基準監督署長 殿

（病院 診療所 薬局 訪問看護事業者 経由）

請求人の　郵便番号　－　電話番号　局　番

住所　（　方）

氏名　印

支不支給決定決議書	署長	次長	課長	係長	係	決定年月日	・　・
						不支給の理由	
	調査年月日	・　・	・　・	・　・			
	復命書番号	第　号	第　号	第　号			

（この欄は記入しないでください。）

■ 様式第十六号の三を次のように改める。

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。