様式第5号（裏面）

[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　⑱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、⑨及び⑩は記入しないでください。

4　「事業主の氏名」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）で直接読取りを行うので、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てください。

2　記入枠からはみださないように書いてください。

（例）□ア → □ア　□7 → □7

3　「促音」「よう音」などは大きく書いてください。

（例）キッテ → □キ□ツ□テ　キョ → □キ□ヨ

4　濁点、半濁点は1文字として書いてください。

（例）バ → □ハ□゛　プ → □フ□゜

5　特に以下のことに気をつけてください。

（1）□シ□ツ□ソ□ン は斜の弧を書きはじめるとき、小さくカギをつけてください。

（2）□イ はカギをつけないで垂直に書いてください。

（3）□ㅂ の2本の縦線は上で閉じないでください。

[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、⑰及び⑲）の記載内容について事実と相違ないことを証明します。 年　月　日 事業の名称　電話（　）　－ 〒　－ 事業場の所在地 事業主の氏名　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）

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・事務代理者の表示	氏名	電話番号
				㊞	（　）　－