

通勤災害の場合

様式第16号の3 (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. 住居から就業の場所への移動 ロ. 就業の場所から住居への移動 ハ. 就業の場所から他の就業の場所への移動 ニ. イに先行する住居間の移動 ホ. ロに後続する住居間の移動	元 年 6 月 17 日 午 前 8 時 45 分
(ロ) 負傷又は発病の年月日及び時刻		
(ハ) 災害発生場所	飯田市桜町〇丁目 桜町銀行本店前市道	就業の場所 飯田市桜町〇丁目
(ホ) 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、ハ又はニに該当する場合は記載すること)	元 年 6 月 17 日 午 前 9 時 00 分	
(ヘ) 住居を離れた年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別がイ、ニ又はホに該当する場合は記載すること)	元 年 6 月 17 日 午 前 8 時 00 分	
(ト) 就業終了の年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別がロ、ハ又はホに該当する場合は記載すること)		
(チ) 就業の場所を離れた年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別がロ又はハに該当する場合は記載すること)		
(イ) 災害時の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		
(ロ) 災害の原因及び発生状況 (ア) どのような場所で、どのような方法で移動している間に (イ) どのような物で又はどのような状況において (エ) どのようにして災害が発生したか (オ) ⑧と初診日が異なる場合はその理由を簡明に記載すること	JR桜町駅から会社まで徒歩で出勤中、桜町〇丁目桜町銀行本店前の市道で道路の縁石につまづき、転倒し、左手首を骨折した。	
(ハ) 住所 氏名	飯田市桜町〇丁目 〇〇 〇〇	電話() 〇〇〇.〇〇〇. 〇〇〇〇
(ニ) 転任の事実の有無 (災害時の通勤の種別がニ又はホに該当する場合)	有 ・ 無	(ロ) 転任前の住居に係る住所

通勤災害の場合に記載します。

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。

通勤の種別により、記入項目が異なります。

災害時の通勤の種別に関する移動の通常の通勤経路、方法、所要時間と、災害発生の日に住居または就業の場所から災害発生場所に至った経路、方法、所要時間をわかりやすく記入してください。なお、地図を貼付してそれに書き入れることや、適宜別紙に記載してあわ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。負傷又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。

災害発生的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、災害発生報告を受けた事業場の方の職名、氏名を記入してください。

【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枠は空欄のままとし、事項を選択する場合には当該事項を○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。)
- 傷病年金の受給権者が当該傷病にかか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。
- ⑧は、請求人が健康保険の日雇特例被保険者でない場合には記載する必要はありません。
- (ホ)は、災害時の通勤の種別がハの場合には、移動の終点たる就業の場所における就業開始の予定年月日及び時刻を、この場合には、後続するイの移動の終点たる就業の場所における就業開始の予定年月日及び時刻を記載してください。
- (ト)は、災害時の通勤の種別がハの場合には、移動の起点たる就業の場所における就業終了の年月日及び時刻を、ホの場合には、先行するロの移動の起点たる就業の場所における就業終了の年月日及び時刻を記載してください。
- (チ)は、災害時の通勤の種別がハの場合には、移動の起点たる就業の場所を離れた年月日及び時刻を記載してください。
- (リ)は、通常の通勤の経路を図示し、災害発生場所及び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を赤線等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。
- 「事業者の氏名」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】



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 → キョ → バ →

- 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。

- はカギをつけないで垂直に、 の2本の縦線は上で閉じないで書いてください。

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並びに(ロ)、(ハ)、(ニ)、(ホ)、(ト)、(チ)、(リ)(通常の通勤の経路及び方法に限る。))及び(フ)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		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 印 () -

療養の費用請求書記入例

■ 様式第7号 (1) (表面) 労働者災害補償保険
業務災害用 第 回
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 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
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ラリルレロワン

※ 3 4 2 6 0 1 業 通 1 1 自 1 委任 3 未支給 5 未決

(注意) 一 二 三 記号の部分は、必ず黒のボールペンを使用し、様式右側に記載された「国定字体」にならなくてはならない。また、⑤及び⑥欄の記入は、必ず「国定字体」で記入すること。また、⑤及び⑥欄の記入は、必ず「国定字体」で記入すること。また、⑤及び⑥欄の記入は、必ず「国定字体」で記入すること。

③ 労働保険番号 4 0 1 0 7 6 0 3 4 5 1 0 0 0 ④ 管轄局 種別 西暦年 番号

⑤ 労働者の性別 ⑥ 労働者の生年月日 ⑦ 労働者災害補償年月日

⑧ 氏名 労働 一郎 ⑨ 職種 配管作業

⑩ 郵便番号 1 0 0 - 8 9 1 6 ⑪ 住所 千代田区霞ヶ関 1-2-2

⑫ 療養の種類 ⑬ 口座番号 (左記の「ゆうちょ銀行」の場合は、記号(5桁)・番号(8桁)を記入し、空欄は「0」を記入)

⑭ 療養の期間 ⑮ 療養の回数

⑯ 療養の内容 (イ) 期間 元年 7 月 18 日 から 元年 7 月 30 日 まで 13 日間 診療実日数 6 日

⑰ 療養の部位 ⑱ 療養の経過 ⑲ 療養の概要

⑳ 療養の内訳及び金額 (内訳裏面のとおり)

㉑ 療養の給付を受けなかった理由 ㉒ 療養に要した費用の額 (合計)

㉓ 療養の種類 ㉔ 療養期間の初日 ㉕ 療養期間の末日 ㉖ 診療実日数 ㉗ 転送事由

令和元年 8 月 2 日 請求人の 北九州労働基準監督署長 殿

通勤災害の場合は様式第16号の5(1)

事故の発生日または発病の日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、請求人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)を指定する場合は、通常記号は5桁、番号は8桁となっていますが、番号が8桁未満の場合は、頭に0を加えて8桁としてください。

(例) 番号が1234561の場合、01234561となります。

記号(5桁) 番号(8桁)
1 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は、その1桁の数字は、記載する必要はありません。
※預金の種類は「1」としてください。

事業主の証明が必要です。支店長等が事業主の代理人として選任されている場合、当該支店長等の証明を受けてください。ただし、第2回目以降の請求で離職後である場合には、必要ありません。

最終の投薬期間も算入してください。

診療を行った医師または歯科医師の証明を受けてください。

付添看護人を必要とした場合の費用または病院等が遠距離の場合の移送に要した費用などを記入します。この場合は、要した費用の請求書または領収書などを添えなければなりません。

自筆による署名の場合には、押印は必要ありません。

指定医療機関等を変更するとき

様式第6号 (表面)

労働者災害補償保険

療養補償給付たる療養の給付を受ける指定病院等 (変更) 届

通勤災害の場合は様式第16号の4

渋谷 労働基準監督署長 殿

元年 8 月 9 日

△ △ (病院) 診療所 業局 訪問看護事業者 経由

〒 100 - 8916

電話 (〇〇) 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇

住所 千代田区霞ヶ関1-2-2

届出人の

氏名 厚労 太郎

方 (厚労) 印

下記により療養補償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。

① 労働保険番号		③ 氏名 厚労 太郎 (男・女)	④ 負傷又は発病年月日 元年 7 月 4 日 午前 4 時 00 分頃
府県 所管 管轄 基幹番号 枝番号	生年月日 昭和〇〇年 11 月 10 日 (〇〇歳)		
② 年金証書の番号		住所 千代田区霞ヶ関1-2-2	職種 プレス工
管轄局 種別 西暦年 番号			
⑤ 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) どのような不安全または有害な状態があって (お) どのような災害が発生したかを簡明に記載すること。 プレス工場において材料(重ねた鉄板、重量約70kg)を同僚と2人で運搬し、プレス機の前の床におろす際、あやまって手をすべらせて、持っていた鉄板とコンクリートの床面との間に左手第2・3指をはさまれて負傷したものの。			
③の者については、④及び⑤に記載したとおりであることを証明します。 事業の名称 〇〇工業株式会社 〒 167 - ×〇×〇 電話 (〇〇) 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇 事業場の所在地 杉並区井草〇-〇-〇 事業主の氏名 代表取締役 〇〇良助 (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)			
⑥ 指定病院等の変更	変更前の名称	〇〇北病院	〔労災指定医番号〕 〒〇〇〇 - ×〇×〇
	変更後の名称	△△病院	〒〇〇〇 - 〇×〇×
	変更理由	通院療養のため、自宅からの距離が短い病院にかえたため。	
⑦ 傷病補償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	〇	
⑧ 傷病名	左手示指基節骨々折、左手中指挫傷		

事故の発生日時または発病の日を正確に記入してください。

自筆による署名の場合には、押印は必要ありません。

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。

⑥どのような場所で、⑦どのような作業をしているときに、⑧どのような物または環境に、⑨どのような不安全または有害な状態があって、⑩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。

事業主の証明が必要です。支店長等が事業主の代理人として選任されている場合、当該支店長等の証明を受けてください。ただし、離職後に届ける場合には、必要ありません。

傷病補償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を記入してください。



労災 請求書

検索

請求書は、厚生労働省ホームページからダウンロードできます。

(<https://www.mhlw.go.jp/bunya/roudoukijun/rousaihoken06/>)

トップページ「分野別の政策一覧」雇用・労働＞労働基準＞労災補償＞労災保険給付関係請求書等ダウンロード