

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			

帳票種別 ①管轄局署 ③新継再別 ④受付年月日 ⑧業通別 ⑨三者コード ⑩日雇コード ⑪特別加入者

※ 34360 1新5継7再 1業3通 1自3労5他 1日

⑫平均賃金 ⑬特別給与の額 ⑭日数査定 ⑮特支コード ⑯委任未支給 ⑰特別コード

※ 10万 1千 1百 1十 1円 1千 1百 1十 1円 1 1特 1委 1未 1特

②労働保険番号 ⑤労働者の性別 ⑥労働者の生年月日 ⑦負傷又は発病年月日

府県 所掌 管轄 基幹番号 枝番号 1男 3女 1明3大3昭7平 1特 1委 1未 1特

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。

⑫労働者氏名 ( 歳)

⑯郵便番号

住所

⑱療養のため労働できなかった期間 ⑲賃金を受けなかった日の日数(内訳別紙2のとおり)

1明3大3昭7平 1特 1委 1未 1特

⑳預金の種類 ㉑口座番号(左詰め。ゆうちょ銀行の場合は、記号(5桁)は左詰め、番号は右詰めで記入し、空欄には「0」を記入。)

1普通 3当座

新規・変更

振込の希望機 ㉒メイギニン(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。

銀行・金庫 農協・協同 信組 本店・本所 出張所 支店・支所

㉓(つづき)メイギニン(カタカナ)

㉔金融機関 ㉕店舗 ㉖郵便局コード

⑫の者については、⑦、⑱、㉑、㉒から㉓まで(㉓の(イ)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。

年月日 事業の名称 (株)〇● 電話 局番

事業場の所在地 ▲県〇市〇町4-2-1 郵便番号

事業主の氏名 〇〇△△ 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)

労働者の直接所属事業場名称所在地 電話 局番

(注意)  
1. ㉓の(イ)及び(ロ)については、㉑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、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。

1回目の請求書には、(死傷病報告提出年月日) 必ず記入してください。

⑳傷病の部位及び傷病名 石綿肺、管理区分4 F(++)

㉑療養の期間 2016年6月5日から 2016年6月30日まで 26日間 診療実日数 5日

傷病の経過 ㉒療養の現況 2016年6月30日 治ゆ・死亡・転医・中止 継続中

㉓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 2016年6月5日から 2016年6月30日まで 26日間のうち 26日

⑫の者については、㉑から㉓まで記載したとおりであることを証明します。

年月日 郵便番号 電話 局番

2016年3月21日

所在地 ▲県〇市〇町1-21-31

病院又は診療所の名称 A病院

診療担当者氏名 民医連 太郎 印

⑫の者については、㉑から㉓まで記載したとおりであることを証明します。

年月日 郵便番号 電話 局番

2016年3月21日

所在地 ▲県〇市〇町1-21-31

病院又は診療所の名称 A病院

診療担当者氏名 民医連 太郎 印

⑫の者については、㉑から㉓まで記載したとおりであることを証明します。

年月日 郵便番号 電話 局番

2016年3月21日

所在地 ▲県〇市〇町1-21-31

病院又は診療所の名称 A病院

診療担当者氏名 民医連 太郎 印

⑫の者については、㉑から㉓まで記載したとおりであることを証明します。

年月日 郵便番号 電話 局番

2016年3月21日

所在地 ▲県〇市〇町1-21-31

病院又は診療所の名称 A病院

診療担当者氏名 民医連 太郎 印

上記により休業補償給付の支給を請求します。休業特別支給金の支給を申請

年月日 郵便番号 電話 局番

住所 建設県吹き付市粉じん町1-2-3 (方)

氏名 建設 太郎 印

請求人の申請人

労働基準監督署長 殿

最終のアスペクト粉じんばく露事業所の証明。証明を拒否されたら空欄で出す事も可能

一、〇〇〇〇で表示された枠(以下、記入枠という。)に記入する文字は、光沢式文字読取装置(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、のりづけたりしないでください。

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〇で囲んでください。(ただし、⑤及び⑥欄並びに⑦及び⑧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。)

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。

◀の所を谷に折りさらに2つ折りにしてください。

患者本人の記載欄

