


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. ロに接続する住居間の移動
(ロ) 負傷又は発病の年月日及び時刻	令和2年 6月 17日 午後 8時 45分頃
(ハ) 災害発生の場所	飯田市桜町〇丁目 桜町銀行本店前市道
(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)	令和2年 6月 17日 午後 9時 00分頃
(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)	令和2年 6月 17日 午後 8時 00分頃
(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)	年 月 日 午前 時 分頃
(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)	年 月 日 午前 時 分頃
(リ) 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 50分]
(ヌ) 災害の原因及び発生状況 (ア) どのような場所を い) どのような方法で移動している際に (ウ) 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) 傷との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。
(ル) 現認者の住所	飯田市桜町〇-〇
(ル) 現認者の氏名	〇〇ヒサ 電話(000)000-0000
(ヲ) 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 (ワ) 転任直前の住居に係る住所
◎その他就業先の有無	
有	有の場合その数 (ただし表面の事業場を含まない)
無	有の場合でいずれかの事業場特別加入している場合の特別加入状況(ただし表面の事業場を含まない)
社	労働保険事務組合又は特別加入団体の名称
加入年月日	年 月 日

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の場所に至った経路、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。

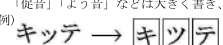
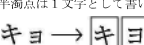
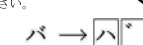
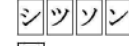


災害発生の事実を確認した方の氏名を記入してください。該当者がいない場合は、災害発生の報告を受けた事業場の方の職名、氏名を記入してください。

複数の事業場で就業されている場合で、かつ特別加入している場合に記入してください。

複数の事業場で就業されている場合、「有」に〇をつけ、事業場数を記入してください。

派遣労働者の方で、療養(補償)等給付のみの請求である場合には、派遣先事業主から、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ことの証明を受けてください。

- [項目記入に当たっての注意事項]
- 記入すべき事項のない欄又は記入欄は空欄のままとし、事項を選択する場合には当該事項を〇で囲んでください。(ただし、④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、請求者が健康保険の任意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、移動の起点たる就業の場所における就業開始の予定時刻を、ニの場合には、後続するイの移動の起点たる就業の場所における就業開始の予定の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、災害発生の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の場所に至った経路を朱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。

- [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)で直接読取を行いますので、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。
- 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) キツテ →  キョ →  バ → 
 -  は斜の弧を書き始めるとき、小さくカギを付けてください。
 -  はカギを付けないで垂直に、 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⑧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(ヲ))の記載内容について事実と相違ないことを証明します。
	事業の名前 _____ 電話() - _____
	事業場の所在地 _____
	事業主の氏名 _____ (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)

社会保険 労働士 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 _____
--------------------	----------------------------	----------	------------

療養の費用請求書記入例

この用紙には災害の発生した事業場または主に負荷があったと考える事業場について記載してください。

様式第7号(1)(表面) 労働者災害補償保険
 労働者災害補償法
 療養補償給付及び複数事業労働者療養給付たる療養の費用請求書(同一傷病分)

※ 帳票種別 ①管轄局署 ②業通別 ③交付年月日 ④三者コード ⑤委任未支給 ⑥特別加入者 ⑦審査コード
 34260 1 3通

(注意) 一、二、三、記入する部分は、必ず裏のボールペンを使用し、線の上に記載された「標準字体」にならなくて、枠からはみ出さないように大きめのカタカナ及びアラビア数字で明確に記載してください。また、⑤及び⑥の欄の桁の数字については、必ず以上を破り曲げたり、のりづけたりしないでください。

③ 労働保険番号 401076034510000
 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 負傷又は発病年月日
 1 男 5000523 9020718
 ⑧ 労働者の氏名 労働 一郎 ⑨ 職種 配管作業
 ⑩ 住所 100-8916 千代田区霞が関 1-2-2

⑪ 預金の種類 ⑫ 口座番号 (左記のゆうちょ銀行の場合は、記号・番号・口座番号を順に記入し、口座は「0」を記入)
 1 普通 6117434
 ⑬ 労働者の氏名 労働 一郎
 ⑭ (つぎ) メイギン (カタカナ) 労働 一郎

⑯ の者については、⑰並びに裏面の(ス)及び(フ)に記載したとおりであることを証明します。
 事業の名称 ○建設株式会社 電話(000)000-0000
 令和2年7月30日 事業場の所在地 北九州市小倉北区○○○ 〒803-XXXX
 事業主の氏名 代表取締役 ○○ 二郎

(注意) 派遣労働者について、療養補償給付又は複数事業労働者療養給付のみの請求がなされる場合にあつては、派遣元事業主は、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。

医師又は歯科医師等の証明
 療養の内容 (イ)期間 令和2年7月18日 から令和2年7月30日 まで 13日間 診療実日数 6日
 (ロ)傷病の部位及び傷病名 右膝内側靭帯損傷
 (ハ)経過の概要 右痛みを訴える 漸次軽快
 令和2年7月30日 治療(症状固定) ⑮ 転医・中止・死亡
 (ニ)療養の内訳及び金額(内訳裏面のとおり) 35000

(ホ)看護料 年月日から年月日まで 日間(看護士の資格の有・無)
 (ヘ)移送費 日から月まで 回数(キロメートル)
 (ト)上記以外の療養費(内訳別明細書又は領収書の付あり。)
 (チ)療養の給付を受けなかった理由 近くに療養に適した労災指定病院がなかったため ⑰療養に要した費用の額(合計) 35000

⑱ 費用の種類 ⑲ 療養期間の初日 ⑳ 療養期間の末日 ㉑ 診療実日数 ㉒ 転医事由
 ※ 1 労務 2 労務 3 労務 4 労務 5 労務
 令和2年8月2日 住所 千代田区霞が関1-2-2 (カ)
 請求人の氏名 労働 一郎
 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載してください。

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、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)
 1XX001234561
 「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。

