

業務災害用  
複数業務要因災害用

療養補償給付及び複数事業労働者  
療養給付たる療養の給付請求書

裏面に【新型コロナウイルス感染症請求書記載例】  
事項を

記入してください。

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 ②業通別 ③保留 ⑥処理区分 ④受付年月日

⑤労働保険番号 ⑧性別 ⑨労働者の生年月日 ⑩負傷又は発病年月日

⑪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労働者の氏名 ⑬郵便番号 フリガナ ⑭住所 ⑮職種

⑯災害発生の事実を確認した者の職名、氏名

⑰負傷又は発病の時刻

⑱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)どのような不安全又は有害な状態があつて(お)どのような災害が発生したか(か)⑩と初診日が異なる場合はその理由を詳細に記入すること

⑲には、次のことを記入してください。  
・どのような業務に従事して感染したか(症状発現前14日間) □  
・症状が出た年月日、どのような症状があつたか  
・検査実施日、その結果(陽性・陰性) □  
・家族感染の有無

【記入例】  
●●園で介護業務に従事。9月10日の夕方に微熱(37.2度)あり、翌明け方には38度を超えたため11日にPCR検査を受けたところ、陽性と判定された。症状発現前14日間も同様の介護業務に9日間従事し、その間に利用者・スタッフに複数のコロナ感染者が発生している。家族内感染者なし。

⑲については、⑩、⑰及び⑱に記載したとおりであることを証明します。

事業の名称 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)

労働者の所属事業場の名称・所在地 電話( ) -

(注意) 1 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。  
2 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。

上記により療養補償給付又は複数事業労働者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 〒 - 電話( ) -

請求人の 住所 (方) 氏名

標準字体で記入してください。

※印の欄は記入しないでください。(職員が記入します。)

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。

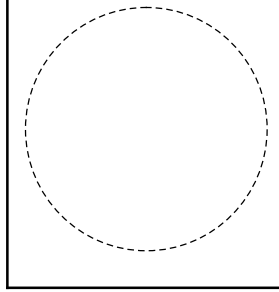


Table with columns for decision status (支不支給), decision date (決定年月日), and decision reason (不支給の理由). Includes sub-tables for investigation date (調査年月日) and case numbers (復命書番号).

(この欄は記入しないでください。)