

別記様式（甲）（表面）

労働者災害補償保険
特例による保険給付申請書（業務災害用）

①労働保険番号	府	県	所	管	轄	基	幹	番	号	枝	番	号
	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮
②保険関係成立 年 月 日												
③事業の所在地												
④事業の名称												
⑤申請に係る労働 者に関する事項	(裏面のとおり)											

上記により特例による業務災害に関する保険給付を申請します。

____年 月 日

(郵便番号 ー) 電 局
番

住 所 _____

事業主の

氏 名 _____ (印)
(法人のときはその名称及び代表者の氏名)

____労働基準監督署長 殿

(日本産業規格A列4)

(裏面)

① 労働者 の職	氏名	(男・女)					
	生年月日	年	月	日(歳)			
	住所						
	職種						
② 負傷又は発病及び	年月日	年	月	日	午前	時	分頃
③ 傷病の部位及び傷病名							
④ 現認者の職名・氏名	(職名)			(氏名)			
⑤ 平均賃金	円 銭						
⑥ 災害の原因及び発生状況							
⑦ 療養補償の実施経過							

- [注意]
- ④欄は、災害発生の事実を確認した者(確認した者が多数あるときは最初に発見した者)を記載すること。
 - ⑤欄の平均賃金については、その算定内訳を休業補償給付の請求の例により別紙を付して記載すること。
 - 事業主の氏名については、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る。