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 | 所掌 | 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　—　)電　局番

住所

事業主の

氏名　㊞

(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

(日本工業規格A列4)

（裏面）

| | | |
|---|---|---|
| ① 労働者の | 氏名 | （男・女） |
| | 生年月日 | 年　月　日（　歳） |
| | 住所 | |
| | 職種 | |
| ②負傷又は発病の年月日及び時刻 | | 年　月　日　午前後　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〕 1. 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。
2. 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。
3. 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。