※印の欄は記入しないでください。

青枠内

は

事業所又は患者様の記入箇所です

様式第16号の5(3)(表面) 通勤災害用ご記入例

	労働者災害補償保険 「標 準 字 体 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 * ° -	
	第16号の5(3)(表記 用請求書 (同一傷病分) コース・ファース・ファース・ファース・ファース・ファース・ファース・ファース・ファ	长
進	 通勤災害用 管轄局署 ②業通別 ③素が年月日	
帳		
主意	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	
一二二日聖記	、	
□□□で表示された枠記載すべき事項のない欄記人枠の部分は、必ず	③労働者の性別 <u>◎</u> 労働者。の生年月 _月 日 <u>◎</u> ②負傷又は発病年月日 <u>※① ※② 機関 店舗 八人しまから 3 km 5 × 1 × 1 × 1 × 1 × 1 × 1 × 1 × 1 × 1 ×</u>	
宗され、	3g 2 3g	
た枠(必ず用	1 男 3 まで 5 図	
□□□で表示された枠(以下、記載すべき事項のない欄又は記公記録すべき事項のない欄又は記公記録である。		
記入枠という。	建生 ジャパン (20歳)	
→ にならって、特式右上に記載された「標準字体」にならって、特からはみださないよりに入枠という。)に記入する文字は、光学式文字読取装置(OCR)で直接読取りを行うので、汚記人体という。)に記入する文字は、光学式文字読取装置(OCR)で直接読取りを行うので、汚れた「標準字体」にならって、枠からはみださないように入れた「標準字体」にならって、枠からはみださないように	者 氏 名 健 生 ジャパン (20歳) 職 種 サービス の 住 所 980-0004 仙台市青葉区宮町3丁目5-20 を 新規・変更 (1音) (20歳) (1音) (1音) (1音) (1音) (1音) (1音) (1音) (1音	
に記え	在新庫 新規・変更 ・ ・ ・ 変更 ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	
とし、事項を選択すとし、事項を選択す	機に変版 中 関	
学は、選択する	指定・指名番号の登録口座に入金になるため記入不要」 「関係」を対象になるため記入不要」	
光学式に	Max Ma	
光学式文字読取装置名場合には該当事項を	は に に に に に に に に に に に に に	
という ところ とう	9の者については、⑦並びに裏面の(チ) (通常の通勤の経路及び方法に限る。)、(リ)、(ヌ)、(ル)、(ヲ)、(カ)、(ヨ)及び(ソ)に記載したとおりであることを証明します。	
► (OCR) (OCR)	事業の名称 (株)	
いででだれ	○年○月○日 事業場の所在地 仙台市青葉区○○○○○ 郵便番号 000 – 0000	
で直接読取りを行うので、外からはみださない。	事業の名称 (株) ○ <u>電話番号 000-000-0000 晶</u> 事業場の所在地 仙台市青葉区 ○ <u>郵便番号 000-0000</u> 事業主の氏名 ○ <u>事業主は裏面の(チ)、(リ)及び(ヌ)については、知り得なかった場合には</u> 面明する必要がないので、知り得なかった事の何符号を消してください。 ② 施設性数について 産業総付の名前表がない方と思うには証明する必要がないので、知り得なかった事ので得りを消してください。 ② 施設性数について 産業総付の名前表がない方と思うには証明する必要が扱いので、知り得なかった事ので表生といるでは、 ② ®の者については、(イ)から(ハ)まで及び図に記載したとおりであることを証明します。 郵便番号 980-0802 (4)	
りを行くなださ	2 ※密学機者について	
うので、ないと	近年 0月 0日 施術所の名称 0整骨院 電話番号 022+212-6781 量 住所 仙台市青葉区二日町3-10	
ながらなっている。	整 療養の内容 (イイ)期間 日本 全月 全日 から日本 日日 まで 111 日間 施術実日数 8日 りょ	
へをあける あける	整 療養の内容 (イ) 期間 H 中	
たり、欄のより、	が 傷病の経過の (ハ) 傷病の経過の (ハ) 傷病の経過の (ハ) 傷病の経過の (ハ) (カ) (カ) (カ) (カ) (カ) (カ) (カ) (カ) (カ) (カ	
必要以の元号だっ	概 要 H	
上に強いたア数	②指定・指名番号 対証 府 県 種別 一 連 番 号	
しい、穴をあけたり、必要以上に強く折り曲げたり、のりづけしたりしないでくだけが、穴をあけたり、必要以上に強く折り曲げたり、のりづけしたりしないでください。(大きめのウベカナ及びアラビア数字で明りょうに記載してください。	明しし、上指定と指名機関登録通知書をご確認下さい。」、※※※※※※※※※※※※※※※※※※※※※※※※※※※※※※※※※※※※	
けたり、 番号を	□ 図療養期間の末日 □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	
のりづけしたりしないでください。)記れ枠に記入してください。	**	
けしたと	上記により療養給付たる療養の費用の支給を請求します。 郵便番号 980 _ 0004 電話 2/2-6339 層	
りしない	平成○年○月○日 住所 仙台市青葉区宮町3丁目5-20 (カ)	
んさい。	請求人の 展生 ジャパン	
らい。)	○○労働基準監督署長 殿	
	O NOW THE BOOK OF	

こちらが送付先になりますので

患者様から受け取りましたらご確認ください

院様は赤枠内のご記入をお願い致 します

青枠内は事業所又は患者様の記入箇所です

様式第16号の5(3)(裏面) 通勤災害用 ご記入例

様式第16号の5(3)(裏面)

院様は赤枠内のご記入をお願

い致

します

ı	(二)	災害吗(該当	時の通 針する	勤の種 記号を	(別 記入)	1	イ. 住居から ハ. 就業のも ニ. イに先行	易所から他	の就業の場		移動		比業の場所: コに後続す:									
ı	(ホ)	労 働	り 者 事業場		(株)	00			(~		住所	仙台市										- T
ŀ	名称·所在地 仙台市青葉区○○○○○							000	規認	者の	氏名	00 (00				000-	-000	0-00	00	局	F
(h) 災害の原因及U発生状況 朝、自宅から勤務先へ、自転車にて通勤中、交差点にて転倒する。 痛みが															 *z							
ŀ																				, 7c ,	倚、	
ŀ			扬 F	先を	党 診	` U 、 	腰部圧主	旦宵初	と診し	列。	現 /	生、 干	/ X I	(回	延し	, 選 阮	治秀	₹ 平 .	0			
ŀ		台傷"	マけ発	病の年	日日及7	K		前	2	(m)	災害時の	通勤の種別に関	する移動の通	常の経路、対	7法及び所	要時間並びに	.災害発生	の日				
		時刻災害			月日及び		仙台市青		時20分頃 (チ) 災害時の運動の鑑別に関する修動の運常の経路、方法及び所運時間並欠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、時間、その他の状況 な 差 占													
	(JL)	就業の	場所				仙台市青五	<u> </u>														
ŀ	(災害性の通動の種別が小に該当する場合は移動の終点とる最高の種別が小に該当する場合は移動の終点とる最高の種別が小に該当する場合は移動(学院理解的の予定年月日及び時刻(実際中の運動・種別がイ、ハスは二に該当す) 年 月 日 年 産 産																					
ŀ		(災害)	お記載す		, AXII-1	に該当す																
ı	(リ)	(災害時 る場合)	Pの通勤の は記載す)種別がイ ること)	、二叉は水に	該当す	○年○月○	日午後	₹ p 05分页				且									
ı	(力)	(災害時	了の年 #の通勤の #記載す	月日及び 種別がロ ること)	7時刻 、ハ又はホに	該当す	年 月	日午後	時 分頃													
I	(ヨ)	就業の (災害時 合は記載	場所を	離れた年 種別がロ と)	月日及び昭 又はハに該当	序刻 する場	年 月	日 午 前	時 分頃				- 1		l							
ı	(タ)	第三章	者行為	災害			該当する	· (該当	しない													
					験者手帳の 事時の通勤								(通常の	の移動の所要	時間		時間	4	0 分			
ł	(ソ)				害時の通勤		有・無 (ツ) 転任			nder m	colonius del	Service (1 or	dualities.						ix	/FI V	i v	V.P
ı	ł	初再	検	料料	初筷牛片	日 平成	○年 ○ 1 □		E X X			深夜・休日導管理料	700月	2		×××	(X д		×	NAT DATE:	×	100000
ı	ŀ	運動	療	法 料			2		××	200		情報提供料					PI				×	
ı			休	業(補償)	給付証	明料	旦		В	証明期	胛	·							-	İ	
ı	-	往	診	料	距離(片道		K m	回	1 回	В	-	間・難路			lok lo		PI	- 1	-		1	
ı	_				2 BB	傷 病 名 部圧迫	及び部位		金		類 × 円			特別材料	* **			÷	×	(×	×	×
	療養	整固	復定	料		足関節				(X		¦									×	F
V	の 内	初回	処置		^					5000	(2021)	 									1	
ı	訳及				= DH	: 	M+C			7		V/V/V/	1 .	1 3	!	V/\.	/\/	-	~	/ V	×	~
ı	び 金		療		不 腰部圧迫骨折 右足関節捻挫					7 n		×××	-	2 =	××× p	Х д		×		×	+	
ı	額	後		料	^					24			交換							ALLAN		SAN.
ı					=								料						100		200	200
ı	ŀ	電	療	料冷罨法	1		4 @	п		4 E	i						E	- 1	×	X	X	×
ı		罨 法 料 温罨法 イ					4 =			1 a ^			© =-				E		·‡	×	X	X
ı		そ	の	他	相	談支援														X	X	×
												X	X									
,	11.	1.	共通(の注意の請求		た道整復師	iから施術を受	けた場合	に提出する	5こと。												
		(3	() (ホ)は、	労働者の	直接所属	該当する事項 する事業場が	一括適用の	り取扱いを													
			発 :	主した	かを簡明	に記載す								な状況に	おいて、	どのよう	うにして	災害;	9,2			
(5) (レ)は、請求人が健康保険の日雇特例被保険者でない場合には、記載する必要がないこと。 2. 傷病年金の受給権者が当該傷病に係る療養の費用を請求する場合以外の場合の注意事項 (1) ④は、記載する必要がないこと。 (2) 第2回以後の請求の場合には、(へ)から(ヨ)まで、並びに(ソ)及び(ツ)については記載する必要がなく、また事業主の証明は受ける必要がないこと。 3. 傷病年金の受給権者が当該傷病に係る療養の費用を請求する場合の注意事項 (1) ③、⑥、⑦及び(へ)から(タ)まで、並びに(ソ)及び(ツ)は記載する必要がないこと。 (2) 事業主の証明は受ける必要がないこと。																						
			「事	業主の	氏名」 <i>σ</i>	欄、「施	術所の氏名」															
派遣元事業主が証明する事項(表面の⑦並びに(チ)(通常の通勤の経路及び方法に限る。)、(リ)、(ヌ)、(ル)、(ヲ)、(カ)、(ョ)及び(ソ) 記載内容について事実と相違ないことを証明します。													局									
正明欄 平成 事業の名称 (有) △△ 電話番号 000-000-0000 番 事業場の所在地 仙台市青葉区 900-0000 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)																						
										印	5											
						道整復! 保険か	_師 管理柔 ら給付さ			を代	理人	と定めします		くしが	請求	する表	記療	養の)			
		Э С Н		つ き 〇月	_			れる金	所 仙	台市	· 青葉	[区宮町		5-20)						印)
Ļ			_		7	L A 10 W		氏	40	生の本		パン		氏		名		(1	2名押		1 名名)
- [を訂正	の記入札 Eしたと T正月構	E		印第	比会保険 分務 士		1FXX年月1	提出代行	日の表え	l.			<u>يار</u>		41	印		電影	括 番	r 75	