

労災保険受診申出書（業務災害用）

平成 年 月 日

労災保険指定医療機関 殿

被災者氏名	生 年 月 日	区 別
	年 月 日	労働者 ・ 特別加入者

上記の者、業務中に受傷したので、労災保険の療養の給付を受けたく申し出ます。

緊急事態のため、様式第5号（療養補償給付たる療養の給付請求書）が間に合いませんが、至急、提出いたします。

所在地
事業主 名称
代表者
(電話番号)

労働保険番号

府 県	所 掌	管 轄	基 幹	番 号	枝 番 号

三井田人事労務事務所

〒221-0835

横浜市神奈川区鶴屋町3-30-5

タクエー横浜西口5F

Te1045-410-3153

FAX045-410-3152