

通勤災害用

第 回

療養給付たる療養の費用請求書 (同一傷病分)

0	5	ア	カ	サ	タ	ナ	ハ	マ	ヤ	ラ	ワ
1	6	イ	キ	シ	チ	ニ	ヒ	ミ		リ	ン
2	7	ウ	ク	ス	ツ	ヌ	フ	ム	ユ	ル	ヽ
3	8	エ	ケ	セ	テ	ネ	ヘ	メ		レ	°
4	9	オ	コ	ソ	ト	ノ	ホ	モ	ヨ	ロ	ー

○濁点、半濁点は一文字として取り扱うこと。(例) カ"ハ°

帳票種別 ※ **34210** ①管轄局署 ②業通別 **3** 1業 3通

③労働保険番号 府 県 所 掌 管 轄 基 幹 番 号 枝 番 号 ④金書番号 年 証 番 号 管 轄 局 種 別 西 暦 年 番 号

⑤労働者の性別 ⑥労働者の生年月日 ⑦負傷又は発病年月日 ⑧補助キー ⑨受付年月日

⑩シメイ(カタカナ) ⑪三者コード ⑫委任未支給 ⑬特別加入者 ⑭審査コード

労働者の氏名 (歳) ⑮金融機関 ⑯口座番号

⑰預金の種類 ⑱口座番号

⑲メイキニン(カタカナ) (つづき)メイキニン(カタカナ)

⑳者の住所 事業の名称 電話番号 局番 事業場の所在地 郵便番号

⑳者の氏名 (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)

⑳の者については、⑰及び裏面の㉑(通常の通勤の経路及び方法に限る。)㉒㉓㉔㉕に記載したとおりであることを証明します。

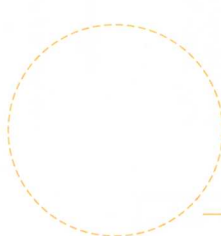
医師又は歯科医師等の証明 療養の内容 ⑲期間 年月日 から 年月日 まで 日間 診療実日数 日

㉑看料 年月日から 年月日 まで 日間 (看護婦の資格の有・無) ㉒移送費 月から 月まで 片道・往復 キロメートル 回

㉓上記以外の療養費 (内訳別紙請求書又は領収書 枚のとおり) ㉔療養の給付を受けなかった理由 ㉕療養に要した費用の額 (合計) 千円 百円 十円 円

㉖費用の種類 ㉗療養期間の初日 ㉘療養期間の末日 ㉙診療実日数 ㉚転帰事由

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。



年 月 日

請求人の

労働基準監督署長 殿

郵便番号

電話

局番

住所

(方)

氏名

㉛

※印の欄は記入しないこと。(職員が記入します。)

○裏面の注意事項を読んでから記載して下さい。折り曲げる場合には(㉜)の所を谷に折りさらに2つ折りにして下さい。

(注意) 一、〇、□、◇で表示された枠(以下、記入枠という)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、汚したり、穴をあけたり、必要以上に強く折りまげたり、糊づけしたりしないこと。

下の欄及び⑮から⑱までの欄は、口座を新規に届け出る場合、又は、届け出た口座を変更する場合のみ記入して下さい。

新規・変更

振込希望の口座名義人 銀行金融組合 店 所

事業主は裏面の㉑及び㉒については、知り得なかった場合には証明する必要がないので、知り得なかった事項の符号を消すこと。

傷病の部位及び傷病名 傷病の経過の概要 療養の内訳及び金額 (内訳裏面のとおりに)

看料 移送費

療養の給付を受けなかった理由

費用の種類

メイキニン(カタカナ) 姓と名の間は1字あけて記入して下さい。

(つづき)メイキニン(カタカナ)

事業の名称 電話番号 局番 事業場の所在地 郵便番号

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)

療養の内容 ⑲期間 年月日 から 年月日 まで 日間 診療実日数 日

看料 移送費

療養の給付を受けなかった理由 ㉕療養に要した費用の額 (合計) 千円 百円 十円 円

療養期間の初日 療養期間の末日 診療実日数 転帰事由

様式第16号の5(1)(裏面)

① 労働者の所属事業場の名称・所在地	② 住所 現認者の氏名			電話	番号
④ 災害の原因及び発生状況					
⑦ 災害発生の場所					
⑧ 災害発生の日の就業の場所					
⑨ 負傷又は発病の時刻	午後	時	分頃		
⑩ 災害発生の日の就業開始の予定時刻又は就業終了の時刻	午後	時	分頃		
⑪ 災害発生の日に住居又は就業の場所を離れた時刻	午後	時	分頃		
⑫ 第三者行為災害	該当する・該当しない				
⑬ 健康保険日雇特例被保険者手帳の記号及び番号					
(通常の通勤所要時間 時間 分)					

療養の内訳及び金額

(注 意)

診療内容	点数(点)	診療内容	金額	摘要
初診 時間外・休日・深夜		初診	円	
再診 外来診療料	× 回	再診	円	
継続管理加算	× 回	指導	円	
外来管理加算	× 回	その他	円	
時間外	× 回	食事(基準)	円 × 日間	
休日	× 回			
深夜	× 回			
指導		小計	円	
在宅 往診	回	摘 要		
夜間	回			
緊急・深夜	回			
在宅患者訪問診療	回			
その他				
薬剤	回			
投薬 内服 薬剤	単位 回			
調剤	× 回			
電服 薬剤	単位 回			
外用 薬剤	単位 回			
調剤	× 回			
処方	× 回			
麻毒	回			
調基	回			
注射 皮下筋肉内	回			
静脈内	回			
その他	回			
処置 薬剤	回			
手術 薬剤	回			
麻酔	回			
検査 薬剤	回			
画像 薬剤	回			
診断 処方せん	回			
その他				
入院 薬剤				
入院年月日	年 月 日			
病・診・衣	入院基本料・加算			
	× 日間			
	× 日間			
	× 日間			
	× 日間			
特定入院料・その他				
小計	点 ①	円	合計金額 ①+②	円

- 一、共通の注意事項
 - (一) 事項を選択する場合には、該当する事項を丸で囲むこと。
 - (二) ④、⑤及び⑥については、その費用についての明細書及び看護移送等をした者の請求書又は領収書を添えること。
 - (三) ⑦の期間には、最終の投薬の期間をも算入すること。
 - (四) ⑧は、労働者の直接所属する事業場が一括適用の取扱いをしている支店、工場、工事現場等の場合に記載すること。
 - (五) ⑨は、どのような場所を、どのような方法で往復している際に、どのような物で又はどのような状況において、どのようにして災害が発生したかを簡明に記載すること。
 - (六) ⑫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。
- 二、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
 - (一) ④は記載する必要がないこと。
 - (二) 第2回以後の請求の場合には、⑤から⑧までについては記載する必要がなく、また事業主の証明が必要がないこと。
- 三、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
 - (一) ③、⑥、⑦及び⑧からは記載する必要がないこと。
 - (二) 事業主の証明は受ける必要がないこと。
 - (三) 「事業主の氏名」の欄、「病院又は診療所の診療担当者氏名」の欄及び「請求人の氏名」の欄は、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出来る。

表面の記入枠を訂正したときの訂正印欄	割 字 ⑩ 加 字
--------------------	--------------

社会保険 労務士 記載欄	作成年月日提出代行者の表示	氏 名	電 話 番 号
		⑪	