

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)

標準字体

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	''
3	8	エ	ケ	セ	テ	ネ	ヘ	メ		レ	°
4	9	オ	コ	ソ	ト	ノ	ホ	モ	ヨ	ロ	-

○濁点、半濁点は一文字として取り扱ってください。(例) カ''ハ°



帳票種別 ※ **34211** ①管轄局署 ②業通別 **3** 1業 3通

③労働保険番号 ④管轄局種別 ⑤西暦年 ⑥番号

⑦労働者の性別 ⑧労働者の生年月日 ⑨負傷又は発病年月日 ⑩補助キー ⑪受付年月日

⑫シメイ(カタカナ) ⑬二者コード ⑭委任未支給 ⑮特別加入者 ⑯審査コード

⑰労働者の氏名 (歳) ⑱郵便番号 ⑲金融機関コード

⑳預金の種類 ㉑口座番号

㉒メイキニン(カタカナ) ㉓(つづき)メイキニン(カタカナ)

⑳の者については、㉔及び裏面の㉕(通常の通勤の経路及び方法に限る。)㉖㉗㉘㉙に記載したとおりであることを証明します。

事業の名称 電話番号 局番
年月日 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)

(注意) 事業主は裏面の㉚及び㉛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。

㉜傷病名 ㉝の者については、㉞に記載したとおりであることを証明します。

所在地 郵便番号
年月日 病院又は診療所の名称 電話番号 局番
診療担当者氏名

㉞の者については、㉟、㊱に記載したとおりであること及び㊲、㊳に記載した事項は _____ 医師の処方に基づくものであることを証明します。

所在地 郵便番号
年月日 薬局の名称 電話番号 局番
調剤担当者氏名

㊴療養の内容 期間 年 月 日から 年 月 日まで 日間 調剤実日数 日

㊵療養の給付を受けなかった理由

㊶療養に要した費用の額 (内訳裏面のとおりに) 千万 百万 十万 万 千 百 十 円

㊷療養期間の初日 ㊸療養期間の末日 ㊹調剤数量

※ 年 月 日 から 年 月 日 まで

上記により療養補償給付たる療養の費用の支給を請求します。

_____ 年 月 日 郵便番号 _____ 電話 _____ 局番
請求書の 住所 _____ (方)
氏名 _____ ㉚

労働基準監督署長 殿

(注意) 一、二、三、記入枠の部分は、必ず黒のボールペンを使用し、様式右上に記載された「標準字体」にならって、枠からはみださないように大きめのカタカナ及びアラビア数字で明りょうに記載すること。
二、記載すべき事項のない欄又は記入枠は、空欄のままとし、事項を選択する場合には該当事項を○で囲むこと。(ただし、㉚、㉛及び㉜欄については該当番号を記入枠に記入すること。)
三、□□□□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、糊づけたりしないこと。

※印の欄は記入しないでください。(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ください。折りまげる場合には、▲の所を谷に折りさらに2つ折りにしてください。

㉓ 労働者の所属事業場の名称・所在地		㉔ 住所 現認者の氏名		電話	助 番
㉕ 災害の原因及び発生状況					
㉖ 災害発生の場所		㉗ 通常の通勤の経路・方法及び所要時間並び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、所要時間、その他の状況			
㉘ 災害発生の日の就業の場所					
㉙ 負傷又は発病の時刻	午前 時 分 午後				
㉚ 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	午前 時 分 午後				
㉛ 災害発生の日に住居又は就業の場所を離れた時刻	午前 時 分 午後				
㉜ 第三者行為災害	該当する・該当しない				
㉝ 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

病院又は診療所の名称			
所在地			
担当医氏名	1.	3.	
	2.	4.	

医師番号	処方月日	調剤月日	処 方		調剤数量	調剤報酬点数		
			医薬品名・規格・用量・剤型・用法	単剤薬料(点)		調剤料(点)	薬剤料(点)	加算料(点)
・	・	・						
・	・	・						
・	・	・						
・	・	・						
・	・	・						
受付回数	回	摘要						
調剤基本料 (点)			時間外等加算 (点)	指導料 (点)	合計点数 (点)			
					合計金額 (円)			

(注 意)

- 共通の注意事項
 - この請求書は、薬局から薬剤の支給を受けた場合に提出すること。
 - 事項を選択する場合には、該当する事項を丸で囲むこと。
 - ㉓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。
 - ㉕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。
 - ㉚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。
- 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
 - ㉖は、記載する必要がないこと。
 - 第2回以後の請求の場合には、㉘から㉚まで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。
- 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
 - ㉓、㉖、㉚及び㉜から㉝までは記載する必要がないこと。
 - 事業主の証明は受ける必要がないこと。
- 「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、「薬局の調剤担当者氏名」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できる。

表面の記入枠を訂正したときの訂正印欄	削 字	④
	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
		④	