

療養補償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うこと。(例) カ''ハ°

帳票種別 ※ **34210** ①管轄局署     ②業通別 **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 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) : 姓と名の間は1字あけて記入して下さい。 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店舗

労働者の住所 ⑰預金の種類 ⑱口座番号

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 ⑲メイキン(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)メイキン(カタカナ)

振込する金融機関の名称 銀行 金庫 組合 店 所 ⑲の者については⑦及び裏面の⑳、㉑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)

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 ⑳の者については、㉑から㉒までに記載したとおりであることを証明します。

㉓看護料 年月日から 年月日まで 日間 (看護婦の資格の有・無) ㉔移送費 から まで 片道・往復 キロメートル 回 ㉕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) ㉖療養の給付を受けなかった理由 ㉗療養に要した費用の額 (合計) 千円 万円 十円

㉘費用の種類 ㉙療養期間の初日 ㉚療養期間の末日 ㉛診療実日数 ㉜転帰事由

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。

請求人の 年 月 日 住所 ( 方 ) 氏名 郵便番号 電話 局番

労働基準監督署長 殿

(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。

※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入して下さい。折り曲げる場合には(▲)の所を谷に折りさらに2つ折りにして下さい。

様式第7号(1)(裏面)

① 労働者の 所属事業場の 名称・所在地	② 負傷又は発病の時刻	④ 職名 災害発生 事実を確認 した者の 氏名
	午前 午後 時 分 頃	
⑦ 災害の原因及び発生状況 ②どのような場所で ①どのような作業をしているときに ③どのような物又は環境に ②どのような不安安全又は有害な状態があって ③どのような災害が発生したかを詳細に記入すること		

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 回	円	
継続管理加算 × 回		指導 回	円	
外来管理加算 × 回		その他	円	
時間外 × 回		食事(基準 )	円	
休日 × 回				
深夜 × 回		円× 日間	円	
指導		円× 日間	円	
在宅 往診 回		円× 日間	円	
夜間 回		小計 ②	円	
緊急・深夜 回		摘 要		
在宅患者訪問診療 回				
その他 回				
薬剤 内服 薬剤 単位 回				
調剤 × 回				
屯服 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 薬剤 回				
検査 薬剤 回				
画像 薬剤 回				
診断 処方せん 回				
その他 薬剤 回				
入院 入院年月日 年 月 日				
病・診・衣 入院基本料・加算				
	× 日間			
特定入院料・その他				
小計 点 ①		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した者の請求書又は領収書を添えること。
  - (三) ④の期間には、最終の投薬の期間をも算入すること。
  - (四) ④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) ④は、どのような場所で、どのような作業をしているときに、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。
- 二、傷病補償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) ④は、災害発生の実事を確認した者(確認した者が多数あるときは最初に発見した者)に記載すること。
  - (三) ④及び⑤は、第二回以後の請求の場合には記載する必要がないこと。
  - (四) 第二回以後の請求が離職後である場合には事業主の証明は受ける必要がないこと。
- 三、傷病補償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、④、⑤及び⑥から⑩まで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	削 字 加 字	字 ④ 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	