

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	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 ※ **34211** ①管轄局署 ②業通別 **1** 1業 3通

(注意) 一、□□□□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。
 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事項を○で囲むこと。(ただし、⑤、⑥及び⑯欄については該番号を記入枠に記入すること。)
 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ように記載すること。

③労働保険番号	府 県	所 掌	管 轄	基 幹	番 号	枝 番 号	④年証の番号	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労働者の氏名	⑪郵便番号			⑫預金の種類			⑬口座番号				
⑭の者については⑦及び裏面の⑮、⑯に記載したとおりであることを証明します。											
⑰傷病名											
⑱の者については⑮、⑯に記載したとおりであること及び⑲、⑳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。											
⑳療養の給付を受けなかった理由											
㉑療養に要した費用の額 (内訳裏面のとおりに)											
㉒療養期間の初日 ㉓療養期間の末日 ㉔調剤数量											

※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(㉔)の所を谷に折りさらに2つ折りにして下さい。

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 _____

住所 _____ (方)

請求人の 氏名 _____ ㉕

労働基準監督署長 殿

⑤ 労働者の 所属事業場の 名称・所在地	④ 負傷又は発病の時刻	⑥ 災害発生の 事実を確認 した者の 氏名	職名
	午前 午後 時 分頃		
① 災害の原因及び発生状況 ② どのような場所で ③ どのような作業をしているときに ④ どのような物又は環境に ⑤ どのような不安全な又は有害な状態があって ⑥ 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

病院又は 診療所の 担当医 氏名	名称 所在地 1. 2.	3. 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	単位薬剤料(点)		調剤料(点)	薬剤料(点)	加算料(点)
受付回数			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。
 - ⑤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。
 - ⑥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。
- 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
 - ④は、記載する必要がないこと。
 - ⑥は、災害発生の事実を確認した者(確認した者が多数あるときは、最初に発見した者)を記載すること。
 - ⑥及び⑦は、第2回以後の場合には記載する必要がないこと。
 - 第2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。
- 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
 - ③、⑥、⑦及び⑧から⑩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 加	字 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
			㊦