

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。カ"ハ。



※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(4)の所を谷に折りさらに2つ折りにして下さい。

帳票種別 ①管轄局署 ②業通別

※ 3 4 2 1 2

(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。

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、⑤、⑥及び⑩欄については該当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ょうに記載すること。

③労働保険番号 ④年金番号

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 ⑪三者コード ⑫委任未支給 ⑬特別加入者 ⑭審査コード

⑮郵便番号 ⑯預金の種類 ⑰口座番号

⑱新規・変更

⑲の者については⑦及び裏面⑳、㉑に記載したとおりであることを証明します。

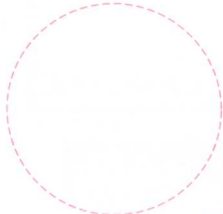
柔道整復師の証明

⑲の者については、㉒から㉔まで及び㉕に記載したとおりであることを証明します。

⑳指定・指名番号 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施術実日数 ㉕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。



年 月 日 郵便番号 電話

請求人の 住所 (方)

氏名

労働基準監督署長 殿

