

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

帳票種別 ①管轄局署 ②業通別 ③受付年月日 ④三者コード ⑤委任未支給 ⑥特別加入者 ⑦審査コード

※ 34260 1業 3通 1自 3勞 5他 1委任 3未支給 5委未

③ 労働保険番号 ④ 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 金融機関 ⑨ 店舗

⑩ 金融機関コード ⑪ 郵便局コード

⑨ 労働者の氏名 (歳) 職種

住所 ⑫ 郵便番号

新規・変更

振込の希望金融機関 口座名義人

⑬ 預金の種類 ⑭ 口座番号 (左詰め)

⑮ メイギン (カタカナ) ⑯ (つづき)メイギン (カタカナ)

⑨の者については、⑦並びに裏面の(ヌ)及び(フ)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 () -

年月日 事業場の所在地 〒 -

事業主の氏名 印

(注意) 派遣労働者について、療養補償給付のみの請求がなされる場合にあっては、派遣先事業主は、派遣元事業主が証明する事項の記載内容が事実と相違ない旨裏面に記載してください。

医師又は歯科医師等の証明

療養の内容 (イ) 期間 年月日 から 年月日 まで 日間 診療実日数 日

(ロ) 傷病の部位及び傷病名

(ハ) 傷病の経過の概要

年月日 治療(症状固定)・継続中・転医・中止・死亡

(ニ) 療養の内訳及び金額 (内訳裏面のとおりに)

(ホ) 看護料 年月日から 年月日 まで 日間 (看護師の資格の有・無)

(ヘ) 移送費 から まで 片道・往復 キロメートル 回

(ト) 上記以外の療養費 (内訳別紙請求書又は領収書 枚のとおりに)

(チ) 療養の給付を受けなかった理由

⑳ 療養に要した費用の額 (合計) 千万 百万 十万 万 千 百 十 円

㉑ 費用の種別 ㉒ 療養期間の初日 ㉓ 療養期間の末日 ㉔ 診療実日数 ㉕ 転帰事由

※ 1 診療看護 2 移送 3 移送 4 器具 5 診断書

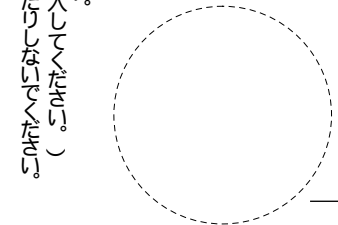
1 治療(症状固定) 2 継続 3 転医 4 中止 5 死亡

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。

〒 - 電話 () -

年月日 住所 (方)

請求人の 氏名 印



労働基準監督署長 殿

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入してください。折り曲げる場合には()の所を合に折りまして折りこむようにしてください。

(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瞭に記載してください。四、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「付録事項」を添付してください。(ただし⑤及び⑥欄並びに⑥及び⑦欄の元号については該当番号を記入枠に記入してください。)(五、表示された枠(以下、記入枠とす)に記入する文字は、必ず式文字で記載(OCR)で直接取りを行うので、活字、六、必要以下に強く折り曲げたり、必要以下に強く折り曲げたり、のりづけたりしないでください。)

様式第7号(1)(裏面)

(リ) 労働者の 所属事業場の 名称・所在地	(ヌ) 負傷又は発病の時刻	(ル) 職名
	午前 午後 時 分頃	災害発生 の事実を 確認した 者の氏名
(フ) 災害の原因及び発生状況 (あ)どのような場所で(い)どのような作業をしているときに(う)どのような物又は環境に(え)どのような不安全な又は有害な状態があつて(お)どのような災害が発生したか(か)⑦と初診日が異なる場合はその理由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	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			
	休日	× 回			
	深夜	× 回			
指導			食事(基準)	円	
在宅	往診	回	円× 日間	円	
	夜間	回	円× 日間	円	
	緊急・深夜	回	円× 日間	円	
	在宅患者訪問診療	回	小計	円	
	その他	回	②		
摘要					
投薬	内服 薬剤	単位			
	調剤	× 回			
	外用 薬剤	単位			
	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			
	薬剤	回			
検査	薬剤	回			
画像	薬剤	回			
その他	処方せん	回			
	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			
		× 日間			
		× 日間			
	× 日間				
	特定入院料・その他				
小計	点 ①	円	合計金額	円	
			①+②		

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「」で囲むこと。
 (二) (ハ)及び(ニ)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
 (ホ)及び(ヒ)については、その請求書又は領収書を添えること。
 (四)(三)の期間には、最終の投薬の期間をも算入すること。
 (イ)の期間には、労働者の直接所属する事業場が一括適用の取扱いを受けている場
 合に、労働者が直接所属する支店、工事現場等を記載すること。

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) (ハ)は、記載する必要があること。
 (ニ) (ル)は、災害発生の実態を確認した者(確認した者が多数あるときは最初
 (ル)及び(ハ)は、(ニ)を記載すること。
 (四)(三)の欄は、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) (ハ)及び(ニ)から(マ)までは記載する必要があること。
 (二) (ハ)及び(ニ)は、事業主の証明は受ける必要があること。
 (四) 「事業主の氏名」の欄、「病院又は診療所の診療担当医氏名」の欄及び「請求
 人の氏名」の欄は、記名押印することによって代えて、自筆による署名をする
 ことができること。

派遣先事業 主証明欄	派遣元事業主が証明する事項(表面の⑦並びに(ヌ)及び(フ)の記載内容について事実と相違ないことを証明します。 事業の名称	電話() -
	年 月 日 事業場の所在地	〒 -
	事業主の氏名	印

(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)

表面の記入枠 を訂正したと きの訂正印欄	削 字 印	社会保険 労務士 記載欄	作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示	氏 名	電 話 番 号
	加 字			印 () -	