

業務災害用

第 回

療養補償給付たる療養の費用請求書(同一傷病分)

標準字体表: 05 アカサナハマヤラフ, 16 イキシチニヒミリン, 27 ウクスツヌフムユルハ, 38 エケセテネヘメレ, 49 オコソトノホモヨロ

○濁点、半濁点は一文字として書いてください(例) カハ

帳票種別: 34220, ①管轄局署, ②業通別: 1業 3通

(注意) 一、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入してください。

※印の欄は記入しなくても構いません。(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。折り返す場合には()の所を谷に折りさらに2つ折りにしてください。

労働保険番号, 労働者の性別, 労働者の生年月日, 負傷又は発病年月日, 受付年月日, シメイ(カタカナ), 郵便番号, 氏名, 住所, 預金の種類, 口座番号, メイギン(カタカナ), 新規・変更, 療養の内容, 療養の内訳及び金額, 費用の種類, 療養期間, 診療実日数, 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。

請求人の住所, 郵便番号, 電話番号, 氏名, 印, 労働基準監督署長 殿

様式第7号(1)(裏面)

(イ) 労働者の 所属事業場の 名称・所在地	(ウ) 負傷又は発病の時刻	(ロ) 災害発生の 事実を確認 した者の 職名 氏名
	午前 午後 時 分頃	
(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			
	その他	回	小計	円	
	薬剤	回	②		
摘要					
投薬	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			
	検査	回			
画像	薬剤	回			
	診断	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、該当する事項を丸で囲むこと。
 (二) (イ)、(ロ)及び(ト)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
 した者の請求書又は領収書を添えること。
 (三) (イ)の期間には、最終の投薬の期間をも算入すること。
 (四) (イ)は、労働者の直接所属する事業場が一括適用の取扱をされている支店
 工場、工事現場等の場合に記載すること。
 (五) (イ)は、どのような場所、どのような作業をしているとき、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) (イ)は、記載する必要がないこと。
 (二) (イ)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
 (イ)及び(ロ)を記載すること。
 (三) (イ)及び(ロ)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) (イ)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) (イ)①、②、③、④及び(ロ)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、病歴又は診療所の診療担当医氏名、請求
 人の氏名等の欄は、記名押印することによって代えて、自筆による署名を
 することが認められる。

表面の記入枠 を訂正したと きの訂正印欄	削 字 加 字 印
----------------------------	-----------------

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
		印	