

業務災害用

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

Table with 7 columns and 4 rows of Japanese characters for standard font reference.

濁点、半濁点は一文字として書いてください。(例) カヽハ。 ○



帳票種別 ①管轄局署 ②業通別 34223 1業 3通

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 受付年月日

⑨ 労働者 ⑩ 三者コード ⑪ 委任未支給 ⑫ 特別加入者 ⑬ 審査コード

⑭ 金融機関 ⑮ 預金の種類 ⑯ 口座番号

⑰ メイギニン(カタカナ) ⑱ (つづき)メイギニン(カタカナ)

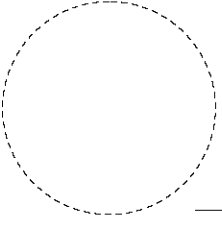
⑲の者については⑦及び裏面(ホ)、(ト)までに記載したとおりであることを証明します。 事業の名称 電話番号 年月日 事業場の所在地 郵便番号 事業主の氏名 印

⑲の者については(イ)から(ハ)まで及び⑳に記載したとおりであることを証明します。 施術所の名称 住所 氏名 印

療養の内容 (イ)期間 年月日から 年月日まで 日間 施術実日数 日 (ロ) 傷病の部位及び傷病名 (ハ) 傷病の経過の概要 年月日 治ゆ・継続中・転医・中止 ⑲指定・指名番号 ⑳療養に要した費用の額(内訳裏面のとおりに)

㉑療養期間の初日 ㉒療養期間の末日 ㉓施術実日数 ㉔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 氏名 印 労働基準監督署長 殿

(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りように記載してください。

※印の欄は記入しないでください。(職員が記入します。)

折り曲げる場合には、(▲)の所を谷に折りさらに2つ折りにしてください。

(二) 労働者の所属事業場の名称・所在地	(ホ) 負傷又は発病の時刻	(ヘ) 災害発生の際の職名
	午前 午後 時 分頃	災害発生の実を 確認した者の氏名
(ト) 災害の原因及び発生状況 (ア) どのような場所で(イ) どのような作業をしているときに(ウ) どのような物又は環境に(エ) どのような不安全な又は有害な状態が(オ) 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)

種 別		金 額	
初 検 料		初 検 年 月 日	加 算 料 金
往 療 料		年 月 日 時 頃	時間外・休日
施 術 料	はり・きゅう	距 離(片 道)	回 数
		キロメートル	回
	はり	1 回 の 料 金	夜 間 加 算 料 金
		回	円
	きゅう	1 回 の 料 金	円
		回	円
	はり・きゅう併用	1 回 の 料 金	円
		回	円
	電気療法	電 気 針	円
		電 気 温 灸 器	円
マッサージ	マ ッ サ ー ジ	円	
	あ ん 法 料	円	
	変 形 徒 手 矯 正 術	(肢)	
	光 線 療 法	極 超 短 波 (超 短 波)	
はり又はきゅうとマッサージの併用	低 周 波	円	
	円	円	
合 計		円	円

一、共通の注意事項
 (一) この請求書は、あん摩マッサージ指圧師・はり師・きゅう師から施術を受けた場合に提出すること。
 (二) マッサージの施術を受けた者は、初療の日及び初療の日から六か月を経過した日並びに六か月を経過した日以降三か月ごとの請求書に、医師の診断書を添えること。
 (三) はり・きゅうの施術を受けた者は、初療の日及び初療の日から六か月を経過した日の請求書に、医師の診断書を添えること。また、初療の日から九か月を経過する場合は、はり師又はきゅう師の意見書及び症状経過表、更に医師の診断書、意見書を添えること。
 (四) 事項を選択する場合には、該当する事項を丸で囲むこと。
 (五) 工場、工事現場等の場合に、医師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、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、(ハ)は、どのような場所、どのような作業をしているときに、どのような物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) (ハ)は、災害発生の実を確認した者(確認した者が多数あるときは最初に発見した者)に記載すること。
 (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) 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、⑥、⑦及び(ハ)までは記載する必要がないこと。
 (二) 「事業主の証明」の欄、「施術所の氏名」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、(記名押印又は署名)

委任状

わたくしは、あん摩マッサージ指圧師・はり師・きゅう師 _____ を代理人と定め、わたくしが、請求する表記療養の費用につき労災保険から給付される金額の受領を委任します。

年 月 月 委任者の住所 氏名

印 (記名押印又は署名)

表面の記入枠を訂正したときの訂正印欄

削 字 印
加 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
		印	