

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 4 rows and 7 columns of standard font characters for input.

○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 ①管轄局署 ②業通別

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 労働者の氏名 住所

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 店舗

⑮ 預金の種類 ⑯ 口座番号

⑰ シメイ(カタカナ) ⑱ 傷病の内容 (イ)期間 (ロ)傷部の部位及び傷病名 (ハ)経過の概要

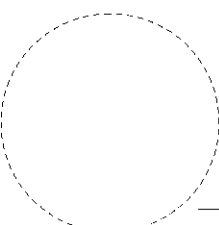
(ホ)看護料 (ヘ)移送費 (ト)上記以外の療養費 (チ)療養の給付を受けなかった理由

⑲療養に要した費用の額 (合計)

⑳費用の種類 ㉑療養期間の初日 ㉒療養期間の末日 ㉓診療実日数 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



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。折り曲げる場合は(△)の所を谷に折りさらに(▽)の所を谷に折りさらに(◇)の所を谷に折りしてください。

医療機関に記入してもらいます。

該当する費用が生じた場合に記入します。(領収書の添付が必要です)

(注意) 一、二、記載すべき事項のない欄又は記入欄は、空欄のままとし、事項を選択する場合には該当事項を○でかこんでください。...

様式第7号(1)(裏面)

(ア) 労働者の所属事業場の名称・所在地	(イ) 負傷又は発病の時刻	(ロ) 職名 災害発生の実事を確認した者の氏名
	午後 10時30分頃	総務部長 総務太郎
(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		
事業所内で配送されてきた荷物の開梱作業中に誤って左手親指をカッターで切っけしまい、4針縫った。		

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 回	円	
	継続管理加算 × 回	指導 回	円	
	外来管理加算 × 回	その他	円	
	時間外 × 回			
	休日 × 回			
指導	深夜 × 回	食事(基準)		
	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	在宅患者訪問診療 回	小計 ②	円	
	その他 回	摘要		
投薬	内服 薬剤 単位 × 回			
	調剤 × 回			
	屯服 薬剤 単位			
	外用 薬剤 単位			
	調剤 × 回			
	処方 調剤 × 回			
	麻薬 調剤 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	薬剤 回			
画像診断	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			
特定入院料・その他				
小計	点 ①	円	合計金額 ①+②	円

- 共通の注意事項
 - 事項を選択する場合には、該当する事項を丸で囲むこと。
 - (イ)及び(ロ)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添付すること。
 - (ウ)の期間には、最終の投薬の期間をも算入すること。
 - (エ)は、労働者の直接所属する事業場が一括適用の取扱をしている支店工場、工事現場等の場合に記載すること。
 - (オ)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。
- 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。
 - ①は、災害発生の実事を確認した者(確認した者が多数あるときは最初に見つけた者)に記載すること。
 - ②及び③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。
 - ④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
 - ①、②、③及び④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、病歴又は診療所の診療担当薬剤師の氏名、請求人の氏名、の欄は、記名捺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、

医療機関に記入してもらいます。

表面の記入枠を訂正したときの訂正印欄	削字印 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	