

様式第16号の5(1)(裏面)

(リ) 災害時の通勤の種別 (該当する記号を記入)	イ. 住居から就業の場所への移動 ハ. 就業の場所から他の就業の場所への移動 ニ. イに先行する住居間の移動	ロ. 就業の場所から住居への移動 ホ. ロに後続する住居間の移動
(ヌ) 労働者の 所属事業場の 名称・所在地	(ル) 現認者の 住所 氏名	電話 局番
(ヲ) 災害の原因及び発生状況		
(カ) 負傷又は発病の年月日及び時刻	年 月 日 午前 時 分 後	(ワ) 災害時の通勤の種別に関する移動の通常の経路、方法及び所要時間並びに災害発生の日 に住居又は就業の場所から災害発生場所に至った経路、方法、時間、その他の状況
(コ) 災害発生場所		
(ク) 就業の場所 (タ) (災害時の通勤の種別がイ、ハに該当する場合は移動の終点たる就業の場所) 就業開始の予定年月日及び時刻		
(ケ) (災害時の通勤の種別がイ、ハ又はニに該当する場合は記載すること)	年 月 日 午前 時 分 後	
(ク) 住居を離れた年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別がイ、ニ又はホに該当する場合は記載すること)	年 月 日 午前 時 分 後	
(ツ) 就業終了の年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別がロ、ハ又はホに該当する場合は記載すること)	年 月 日 午前 時 分 後	
(ネ) 就業の場所を離れた年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別がロ又はハに該当する場合は記載すること)	年 月 日 午前 時 分 後	
(ナ) 第三者行為災害	該当する・該当しない	
(ラ) 健康保険日雇特別費保険者手帳の 記号及び番号	(通常の移動の所要時間 時間 分)	
(ム) 転任の事実の有無(災害時の通勤の 種別がニ又はホに該当する場合)	有・無	(ウ) 転任直前の住居に係る住所

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		初診	円	
再診		再診	円	
外來診療料	× 回	指導	円	
継続管理加算	× 回	その他	円	
外來管理加算	× 回	食事(基準)	円	
時間外	× 回	円× 日間	円	
休日	× 回	円× 日間	円	
深夜	× 回	円× 日間	円	
指導		小計	円	
在宅		摘 要		
往診	回			
夜間	回			
緊急・深夜	回			
在宅患者訪問診療	回			
その他				
薬剤	回			
投薬				
内服 薬剤	× 単位			
調剤	× 単位			
屯服 薬剤	× 単位			
外用 薬剤	× 単位			
調剤	× 単位			
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				
麻酔	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			
	× 日間			
	× 日間			
特定入院料・その他				
小計	点 ①	合計金額	円	
		①+②		

- 一、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。
 - (ホ)、(ハ)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。
 - (イ)の期間には、最終の投薬の期間をも算入すること。
 - (ウ)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。
 - (フ)は、どのような場所を、どのような方法で移動している際に、どのような物で又はどのような状況において、どのような災害が発生したかを簡明に記載すること。
 - (ワ)は、請求人が健康保険の日雇特別被保険者でない場合には、記載する必要がないこと。
- 二、傷病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
- は記載する必要がないこと。
 - 第二回以後の請求の場合には、(ル)から(ホ)まで、並びに(ム)及び(ワ)については記載する必要がなく、また事業主の証明は受ける必要がないこと。
- 三、傷病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
- (イ)、(ロ)及び(ハ)から(ウ)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。
- 四、「事業主の氏名」の欄、「病院又は診療所の診療担当者氏名」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。

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及び(ワ)(通常通勤の経路及び方法に限る。)(カ)、(コ)、(タ)、(レ)、(ツ)、(ネ)及び(ム))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 _____ 電話番号 _____ 局番 _____
	_____年 月 日 _____ 郵便番号 _____
	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 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	