

様式第7号(1)(表面) 労働者災害補償保険

業務災害用
複業業務要因災害用

第 回

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

療養補償給付及び複数事業労働者療養給付たる療養の費用請求書(同一傷病分)

※ 帳票種別 ①管轄局署 ②業通別 ⑤受付年月日 ⑩三者コード ⑪委任未支給 ⑫特別加入者 ⑬審査コード

3	4	2	6	0											1業									1自		1委任					3勞		3未支給					5他		5未委				
---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----	--	--	--	--	--	--	--	--	----	--	-----	--	--	--	--	----	--	------	--	--	--	--	----	--	-----	--	--	--	--

(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」にならなければなら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。

二、記載すべき事項のない欄又は記入枠は、空欄のままとし、事項を撰択する場合は「付録事項」を記入してください。(ただし⑤及び⑥欄並びに⑦及び⑧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。)

三、記入すべき文字は、カタカナで直接取り扱うので活字は、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。

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	⑭ 金融機関
----------	------------	-------------	--------

⑧ 労働者の氏名	⑮ 郵便番号	⑯ 職種の番号
----------	--------	---------

⑩ 事業の名称	⑪ 事業場の所在地	⑫ 事業主の氏名
---------	-----------	----------

⑬ 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

⑭ 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 ⑲ 療養に要した費用の額 (合計)

⑳ 費用の種別	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
---------	-----------	-----------	---------	--------

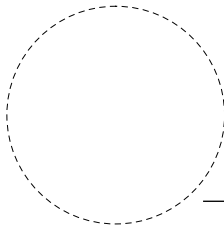
上記により療養補償給付又は複数事業労働者療養給付たる療養の費用の支給を請求します。

年 月 日 住所 (方) 電話 () -

請求人の氏名

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()の所を合に折りまして折りとしてください。



労働基準監督署長 殿

(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) 災害発生の実を 確認した者の 職名 氏名
	午後 時 分頃	
(ヲ)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あつて(オ)どのような災害が発生したか(カ)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

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	(二)(一) ③、⑥、⑦及び(ヌ)から(ヲ)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。 三、傷病補償年金又は復讐事業労働者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 (四)(三) (二)(一) (ル)は、災害発生の実を(ル)及び(リ)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。 (ル)及び(リ)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。 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。 四、複讐事業労働者療養給付の請求は、療養補償給付の支給決定がなされた場合、遡って請求されなかったものとみなすこと。 五、⑧-その他就業先の有無-欄の記載がない場合又は復讐就業していない場合は、複讐事業労働者療養給付の請求はしないものとして取り扱うこと。 六、疾病に係る請求の場合、脳・心臓疾患、精神障害及びその他二以上の事業の業務を要因とすることが明らかな疾病以外は、療養補償給付のみで請求されることとなること。
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× 日間	
在宅	往診	回	円× 日間	円	
	夜間	回	円× 日間	円	
	緊急・深夜	回			
	在宅患者訪問診療	回	小計	円	
	その他		②		
	薬剤	回	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			
麻酔					
検査	薬剤	回			
画像					
診断	薬剤	回			
その他	処方せん	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	円	合計金額	円	
			①+②		

⑧その他就業先の有無	
有	有の場合のその数 (ただし表面の事業場を含まない)
無	労働保険事務組合又は 特別加入団体の名称
	加入年月日
	年 月 日
労働保険番号(特別加入)	

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(ヲ))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
(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)		

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
			() -