様式第16号の5(1)(表面) 労働者災害補償保険

通勤災害用

第　回

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 |
|---|---|---|
| ※ 34250 | | 3 (1業 3通) |

標準字体

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 5 | ア | カ | サ | タ | ナ | ハ | マ | ヤ | ラ | ワ |
| 1 | 6 | イ | キ | シ | チ | ニ | ヒ | ミ | | リ | ン |
| 2 | 7 | ウ | ク | ス | ツ | ヌ | フ | ム | ユ | ル | ゛ |
| 3 | 8 | エ | ケ | セ | テ | ネ | ヘ | メ | | レ | ゜ |
| 4 | 9 | オ | コ | ソ | ト | ノ | ホ | モ | ヨ | ロ | ー |

○濁点、半濁点は一文字として書いてください。

(例) カ゛ハ゜

(注意)
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ょう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、事項を選択する場合には該当事項を○で囲んでください。（ただし、⑤、⑥及び⑯欄については該当番号を記入枠に記入してください。）
一、□□□で表示された枠（以下、記入枠という。）に記入する文字は、光学式文字読取装置（OCR）で直接読取りを行うので、汚したり、穴をあけたり、必要以上に強く折りまげたり、のりづけしたりしないでください。

※印の欄は記入しないでください。（職員が記入します。）

◎裏面の注意事項を読んでから記入してください。折り曲げる場合には(◀)の所を谷に折りさらに2つ折りにしてください。

③ 労働保険番号：府県 11 / 所掌 1 / 管轄 01 / 基幹番号 123456 / 枝番号 000

④ 年金証書の番号：管轄局 / 種別 / 西暦年 / 番号

⑤ 労働者の性別：1 (1男 3女)

⑥ 労働者の生年月日：元号 5 年 46 月 10 日 (1明治 3大正 5昭和 7平成)

⑦ 負傷又は発病年月日：年 24 月 08 日 (1~9年は右へ 1~9月は右へ 1~9日は右へ)

⑧ 受付年月日：※ 年 月 日

⑨ 労働者の
シメイ（カタカナ）：姓と名の間は1文字あけて記入してください。
ロウサイ タロウ

⑩ 三者コード：※ (1自 3労 5他)　⑪ 委任未支給：(1委任 3未支給 5委未)　⑫ 特別加入者　⑬ 審査コード

氏名：労災太郎（40歳）

⑭ 金融機関コード：※ 金融機関 / 店舗

住所：さいたま市浦和区前地0-0-0

⑮ 郵便局コード：※ 郵便局

職種

下の欄及び⑯から⑲までの欄は、口座を新規に届け出る場合、又は、届け出た口座を変更する場合のみ記入してください。

新規・変更

⑯ 預金の種類：1 (1普通 3当座)

⑰ 口座番号（左詰め。ゆうちょ銀行の場合は、記号（5桁）は左詰め、番号は右詰めで記入し、空欄には「0」を記入。）：7654321

⑱ メイギニン（カタカナ）：姓と名の間は1文字あけて記入してください。

⑲ （つづき）メイギニン（カタカナ）

| 振込を希望する金融機関の名称 | |
|---|---|
| | ABC (銀行 金庫 農協 漁協 信組) |
| | 浦和 (本店 本所 出張所 支店・支所) |
| 口座名義人 | 労災太郎 |

年　月　日

⑨の者については⑦及び裏面の(ワ)（通常の通勤の経路及び方法に限る。）(カ)、(ヨ)、(タ)、(レ)、(ツ)、(ネ)及び(ム)に記載したとおりであることを証明します。

事業の名称：後楽生命（株）　電話番号 ○○○ XXXX 局番

郵便番号 330-0074

事業場の所在地：さいたま市浦和区北浦和0-0-0

事業主の氏名：後楽一郎　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）

〔注意〕 1 事業主は裏面の(ワ)、(カ)及び(ヨ)については、知り得なかった場合には証明する必要がないので、知り得なかった事項の符号を消してください
2 派遣労働者について、療養給付のみの請求がなされる場合にあっては、派遣先事業主は、派遣元事業主が証明する事項の記載内容が事実と相違ない旨裏面に記載してください。

医師又は歯科医師等の証明

療養の内容　(イ) 期間 24年 8月 8日 から 24年 8月 8日まで 1日間　診療実日数 1日

(ロ) 傷病の部位及び傷病名：右膝打撲・擦過傷

(ハ) 傷病の経過の概要：応急処置の上、転医

24年 8月 8日　治ゆ・継続中 (転医) 中止・死亡

⑨の者については、(イ)から(ニ)までに記載したとおりであることを証明します。

24年 8月 9日　郵便番号 330-0063

病院又は診療所の
所在地：さいたま市浦和区高砂0-0-0
名称：浦和内科クリニック　電話番号 ○○○ XXXX 局番
診療担当者氏名：山田次郎　印

(ニ) 療養の内訳及び金額（内訳裏面のとおり。）：7千215円

(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。）

(チ) 療養の給付を受けなかった理由

⑳ 療養に要した費用の額（合計）：千万 百万 十万 万 千 百 十 円 7215

㉑ 費用の種別：※ (1診療 2看護 3移送 4装具 5診断書)

㉒ 療養期間の初日：年 月 日 から (1~9年は右へ 1~9月は右へ 1~9日は右へ)

㉓ 療養期間の末日：年 月 日 まで (1~9年は右へ 1~9月は右へ 1~9日は右へ)

㉔ 診療実日数：日

㉕ 転帰事由：(1治ゆ 3継続 5転医 7中止 9死亡)

上記により療養給付たる療養の費用の支給を請求します。

24年 8月 9日

郵便番号 330-0053　電話 ○○○ △△△△ 局番

住所：さいたま市浦和区前地0-0-0（　方）

請求人の

氏名：労災太郎　印

さいたま 労働基準監督署長 殿