療養の費用請求書記入例

■ 様式第7号（1）（表面）　労働者災害補償保険
業務災害用　　第　　回
療養補償給付たる療養の費用請求書（同一傷病分）

帳票種別 ※ 34250　①管轄局署 □□□□　②業通別 1（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	ゥ
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゜

③労働保険番号：府県 40 所掌 1 管轄 07 基幹番号 603451 枝番号
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 2 女）
⑥労働者の生年月日：5 00 05 23（1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成）
⑦負傷または発病年月日：2 40 7 18
⑧受付年月日 ※
⑩業者コード ※
⑪委任払支給：1（1 有 3 労 5 他）
⑫特別加入者：1（1 委任 3 未支給 5 未未）
⑬審査コード

⑨労働者の氏名：ロウトウ゛ウ イチロウ　労働一郎（57歳）
住所：千代田区霞ヶ関 1-2-2
職種：
⑭郵便番号：100-8916
⑪金融機関コード ※
⑮郵便局コード ※

下の欄及び⑯から⑲までの欄は、口座を新規に申出る場合、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：611743 4（右詰め。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。）
メイギニン（カタカナ）：ロウトウ゛ウ イチロウ
⑱
（つづき）メイギニン（カタカナ）
⑲

振込を希望する金融機関・口座名義人：北九州 小倉 労働一郎

⑨の者については⑦及び裏面の（ヌ）、（ヲ）に記載したとおりであることを証明します。
24年7月30日
事業の名称：○○建設株式会社　電話番号 000 0000 局番
事業場の所在地：北九州市小倉北区○○○　郵便番号 803-xxxx
事業主の氏名：代表取締役　○○　二郎　（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）派遣労働者について、療養補償給付のみの請求がなされる場合であっては、派遣先事業主は、派遣元事業主が証明する事項の証明内容が事実と相違ない旨欄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7月18日 から 24年7月30日まで 13日間　診療実日数 6日
（ロ）傷病の部位及び傷病名：右膝内側半月損傷
（ハ）傷病の経過の概要：右痛みを訴える漸次軽快
24年7月30日　治ゆ・継続・転医・中止・死亡
⑨の者については（イ）から（ニ）に記載したとおりであることを証明します。
24年7月30日
病院又は診療所の所在地：北九州市小倉北区下到津○○
名称：○○病院　電話番号 000 0000 局番
診療担当者氏名：○○太一　（印）
（ニ）療養の内訳及び金額（内訳裏面のとおり。）　3,500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：近くに療養に適した労災指定病院がなかったため
⑳療養に要した費用の額（合計）：3,500円

㉑費用の種別 ※：1（1 診療 2 看護 3 移送 4 装具 5 診断書）
㉒療養期間の初日：　から
㉓療養期間の末日：　まで
㉔診療実日数：　日
㉕転帰事由：1（1 治ゆ 2 継続 3 転医 7 中止 9 死亡）

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。
24年8月2日
郵便番号 100-8916　電話 000 0000 局番
住所：千代田区霞ヶ関 1-2-2
請求人の氏名：労働一郎　（印）
北九州東労働基準監督署長　殿

（注意）
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。
二、記入枠の部分は、必ず黒のボールペンを使用し、楷書で正確に記載すること。
三、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及び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。）

※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（◀）の所を合に折りさらに2つ折りにしてください。

通勤災害の場合は様式第16号の5（1）

事故の発生日または発病の日を正確に記入してください。

銀行等に振込みを希望する場合は、請求人本人の口座番号を記入してください。
●ゆうちょ銀行口座（記号・番号）を指定する場合、通常記号は5桁、番号は8桁となっていますが、番号が8桁未満の場合は、頭に0を加えて8桁としてください。
（例）番号が1234561の場合、01234561となります。
記号（5桁）　番号（8桁）
1XXXX0 0 1234561
「0」を加えてください。
※記号と番号の間に1桁の数字がある場合は、その1桁の数字は、記載する必要はありません。
※預金の種類は「1」としてください。

事業主の証明が必要です。ただし、第2回目以降の請求で離職後である場合には、必要ありません。

最終の投薬期間も算入してください。

診療を行った医師または歯科医師の証明を受けてください。

付添看護人を必要とした場合の費用または病院等が遠距離の場合の移送に要した費用などを記入します。この場合は、要した費用の請求書または領収書などを添えなければなりません。

自筆による署名の場合には、押印は必要ありません。