

記載要領

注意事項

- ・黒のボールペンを使用
- ・標準字体で枠の中に大きめに記入

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

- ・書き損じた場合

3 5 0 9
\$ 9 0 6 0 4 3 0 ~~消しゴム
修正ペン~~

請求書「請求金額」欄・・・訂正不可

記載要領

誤読しやすい文字例／記載例

標準
字体

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

1 1 4 5 5 6 7 8

飾り・すき間・突き抜け・丸み

8 8 8 8 8 8 8 8

大きさ・位置・太さ・濃さ・角度

記入要領

労働者災害補償保険診療費請求書

■ 診機様式第1号

※標準
字体

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

労働者災害補償保険診療費請求書

帳票種別

3	4	7	2	0
---	---	---	---	---

※修正
日数

A

① 指定病院等の番号

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

② ※受付年月日

--	--	--	--	--	--

1～9月は1～9月は1～9月は1～9月は1～9月

金額の頭に¥マーク

④ 内訳書添付枚数

B

¥	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

金額の頭に¥マークを付けてください

C

		5
--	--	---

添付レセプトの最新の
診療年月

(例、2月・3月・4月なら4月)

ただし、

9	0	7
---	---	---

年

0	4
---	---

月

D

労働 一男 ほか 〇〇 名に対する診療費の内訳は、別紙内訳書のとおり。

上記の金額を請求します。



※印の欄は記入しないでください。

記入要領

労働者災害補償保険診療費請求書

E

労働 一男 ほか ○○ 名に対する診療費の内訳は、別紙内訳書のとおり。

上記の金額を請求します。

F

○○年 ○ 月 ○ 日

G

郵便番号 ○○○-○○○○

住 所 ○○県○○市○○○町○○○-○○
(所在地)

請求人の
(病院又は診療所)

名 称 ○○○○病院

責任者氏名 ○○ ○○○

印は不要

○○ 労働局長殿
(○○ 署分)

電話番号 ○○ -×××-△△△△

請求書・レセプトの編綴順序

初回分

傷病労働者所属の事業場を
管轄する監督署ごとに作成

第16号の4

通勤災害
レセプト
診機様式
第2、3号

第6号

業務災害
レセプト
診機様式
第2、3号

第16号の3

通勤災害
レセプト
診機様式
第2、3号

第5号

業務災害
レセプト
診機様式
第2、3号

請求書
診機様式
第1号

短期給付

傷病(補償)年金

◆ 被災労働者を五十音順
に並べる

◆ 請求書ごとにクリップ又はこより
で留めてください