

様式第7号(4)(裏面)

① 労働者の 所属事業場の 名称・所在地	⑤ 負傷又は発病の時刻	⑥ 災害発生の 事実を確認 した者の 職名 氏名
	午後 時 分頃	
⑦ 災害の原因及び発生状況 ⑧どのような場所で ⑨どのような作業をしているときに ⑩どのような物又は環境に ⑪どのような不安全又は有害な状態があって ⑫どのような災害が発生したかを詳細に記入してください。		

療養の内訳及び金額

種		別		金 額	
初 検 料	初 検 年 月 日	加 算 料 金			
	年 月 日 時 頃	時間外・休日			
往 療 料	距 離 (片 道)	回 数	1 回 の 料 金	夜 間 加 算 料 金	
	キロメートル				
施 術 料	は り ・ き ゅ う	施 術 名	回 数	1 回 の 料 金	
		は り			
		き ゅ う			
		は り ・ き ゅ う 併 用			
	電 気 療 法	電 気 針			
		電 気 温 灸 器			
	マ ッ サ ー ジ	マ ッ サ ー ジ			
		あ ん 法 料			
		変 形 徒 手 矯 正 術	(肢)		
		光 線 療 法	極 超 短 波 (超 短 波)		
	低 周 波				
は り 又 は き ゅ う と マ ッ サ ー ジ の 併 用					
合 計					
備 考：① は り ・ き ゅ う の み ② は り ・ き ゅ う と 一 般 医 療					

一、共通の注意事項

①この請求書は、あん摩マッサージ指圧師・はり師・きゆう師から施術を受けた場合に提出してください。

②マッサージの施術を受けた者は、初療の日及び初療の日から六か月を経過した日並びに六か月を経過した日以降三か月の請求書に、医師の診断書を送ってください。

③はり・きゆうの施術を受けた者は、初療の日及び初療の日から六か月を経過した日の請求書に、医師の診断書を送ってください。また、初療の日から九か月を経過する場合は、はり師又はきゆう師の意見書及び症状経過表、更に医師の診断書、意見書を送ってください。

④事項を選択する場合に、該当する事項を丸で囲んでください。

⑤工場、工事現場等の場合に記載してください。

⑥は、どのような場所で、どのような作業をしているときに、どのような物で又はどのような状況において、どのようにして災害が発生したかをわかりやすく記載してください。

二、個別療養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

①は、記載する必要があります。

②は、災害発生の事実を確認した者(確認した者が複数あるときは最初に発見した者)に記載してください。

③及び④は、請求の届出後には記載する必要はありません。第三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はありません。

⑤傷病補償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

①、②、③及び④から⑥までは記載する必要はありません。

⑦事業主の証明は受ける必要はありません。

⑧「事業主の氏名」の欄、「施療所の氏名」の欄及び「請求人の氏名」の欄は、記名押印することに代えて、白筆による署名をすることが可能です。

委任状

わたくしは、あん摩マッサージ指圧師・はり師・きゆう師 _____ を代理人と定め、わたくしが、請求する表記療養の費用につき労災保険から給付される金額の受領を委任します。

年 月 日 委任者の住所

氏名

⑧ (記名押印又は署名)

表面の記入枠を訂正したときの訂正印欄

削 字 ⑧

加 字

社会保険 労務士 記載欄	作成年月日発行代行者の表示	氏 名	電 話 番 号
		⑧	