

# 請求書記載例

様式第7号(1)(表面) 労働者災害補償保険

第 回

療養補償給付たる療養の費用請求書(同一傷病分)

標準字体

0	5	ア	カ	サ	ナ	ハ	マ	ヤ	ラ	フ
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

○濁点、半濁点  
は一文字とし  
て取り扱うこ  
と。  
(例)  
カ"ハ。°

① 振替口座 ※ 34210	② 管轄局署 1 1 1 1 1 1	③ 業通別 1 3 通
④ 労働番号 40107603451	⑤ 労働者の性別 1 男性	⑥ 労働者の生年月日 530523
⑦ 負傷又は発病年月日 0719	⑧ 補助者 ※ X	⑨ 交付年月日 11
⑩ 労働者氏名 ヤマダ 茂	⑪ 労働者住所 北九州市小倉南区高松0-0	⑫ 労働者生年月日 530523
⑬ 事業主氏名 山田 茂	⑭ 事業主住所 北九州市小倉南区高松0-0	⑮ 事業主生年月日 0730
⑯ 療養の内容 右膝内側骨折帯損傷	⑰ 療養期間 0719 から 0730	⑱ 療養実日数 6日
⑲ 療養の概要 石、痛みを言わせる 渾身次第快	⑳ 療養に要した費用の額 (合計) 35750	㉑ 療養に要した費用の額 (合計) 35750
㉒ 療養の給付を受けなかった理由 近い療養に適し、労災指定 病院がなかったため	㉓ 療養に要した費用の額 (合計) 35750	㉔ 療養に要した費用の額 (合計) 35750

(注意) 1. 記入枠の部分は、必ず黒のボールペンを使用し、様式行上に記載された「標準字体」にならなくてはならないように記載すること。  
2. 記入すべき事項は、必ず黒のボールペンを使用し、様式行上に記載された「標準字体」にならなくてはならないように記載すること。  
3. 記入すべき事項は、必ず黒のボールペンを使用し、様式行上に記載された「標準字体」にならなくてはならないように記載すること。  
4. 記入すべき事項は、必ず黒のボールペンを使用し、様式行上に記載された「標準字体」にならなくてはならないように記載すること。  
5. 記入すべき事項は、必ず黒のボールペンを使用し、様式行上に記載された「標準字体」にならなくてはならないように記載すること。  
6. 記入すべき事項は、必ず黒のボールペンを使用し、様式行上に記載された「標準字体」にならなくてはならないように記載すること。  
7. 記入すべき事項は、必ず黒のボールペンを使用し、様式行上に記載された「標準字体」にならなくてはならないように記載すること。  
8. 記入すべき事項は、必ず黒のボールペンを使用し、様式行上に記載された「標準字体」にならなくてはならないように記載すること。  
9. 記入すべき事項は、必ず黒のボールペンを使用し、様式行上に記載された「標準字体」にならなくてはならないように記載すること。  
10. 記入すべき事項は、必ず黒のボールペンを使用し、様式行上に記載された「標準字体」にならなくてはならないように記載すること。

※印の欄は記入しないこと。  
※裏面の注意事項を読んでから記入して下さい。  
折り曲げる場合には、この所を各に折りさらに折らないで下さい。

事故の発生日又は発病の日を正確に記入してください。  
銀行等に振込を希望する場合は、請求人本人の口座番号を記入してください。  
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。  
最終の投票期間も算入してください。  
診療を行った医師又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又は病院等が遠距離の場合の移送に要した費用等を記入します。この場合は、要した費用の請求書又は領収書等を添えなければなりません。

0年8月3日  
請求人の  
山田 茂  
北九州東労働基準監督署長 殿  
郵便番号 805-4444 電話 0000 局番 0000  
住所 北九州市小倉南区高松0-0 (方)  
氏名 山田 茂 (印)

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	ハ
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

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	①管轄局署	②業通別
※ 34220	□□□□	1 業 3 通

③ 労働保険番号	府 県 所 掌 管 轄 基 幹 番 号 枝 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
⑧ 労働者のシメイ(カタカナ)	⑨ 労働者の氏名	⑩ 三者コード
⑪ 郵便番号	⑫ 住所	⑬ 預金の種類
⑭ 新規・変更	⑮ 傷病の内容	⑯ 療養の内訳及び金額
⑰ 傷病の経過の概要	⑱ 療養に要した費用の額(合計)	⑲ 費用の種別
⑳ 療養期間の初日	㉑ 療養期間の末日	㉒ 診療実日数
㉓ 転帰事由	⑳ 費用の種別	

(注意) 一、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○でかこんでください。①～④の欄については、必要以上に強く折りまげたり、糊づけしたりしないでください。

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。

四、記入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○でかこんでください。①～④の欄については、必要以上に強く折りまげたり、糊づけしたりしないでください。

五、記入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○でかこんでください。①～④の欄については、必要以上に強く折りまげたり、糊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。

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。

〒 \_\_\_\_\_ 局番 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 年 月 日

住所 \_\_\_\_\_ ( 方)

請求人の 氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

労働基準監督署長 殿

様式第7号(1)(裏面)

(イ) 労働者の 所属事業場の 名称・所在地	(ウ) 負傷又は発病の時刻	(ロ) 災害発生の 事実を確認 した者の 職名 氏名
	午前 午後 時 分頃	
(フ) 災害の原因及び発生状況 (あ)どのような場所で(い)どのような作業をしているときに(う)どのような物又は環境に(え)どのような不安全な又は有害な状態があつて(お)どのような災害が発生したかを詳細に記入すること		

療養の内訳及び金額

(注意)

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	
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	
在宅	往診	回	円× 日間	円	
	夜間	回	円× 日間	円	
	緊急・深夜	回	円× 日間	円	
	在宅患者訪問診療	回			
	その他	回	小計	円	
	薬剤	回	②		
摘要					
投薬	内服 薬剤	単位			
	調剤	× 回			
	屯服 薬剤	単位			
	外用 薬剤	単位			
	調剤	× 回			
	処方	× 回			
	麻薬	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			
	検査	回			
画像	薬剤	回			
	診断	回			
その他	処方せん	回			
	薬剤	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			
	特定入院料・その他				
小計	点 ①	円	合計金額	円	
			①+②		

一、共通の注意事項  
 (一) 事項を選択する場合には、該当する事項を丸で囲むこと。  
 (二) (イ)、(ロ)及び(ト)については、その費用についての明細書及び看護移送等を  
 した者の請求書又は領収書を添えること。  
 (三) (イ)の期間には、最終の投薬の期間をも算入すること。  
 (四) (イ)は、労働者の直接所属する事業場が一括適用の取扱をされている支店  
 工場、工事現場等の場合に記載すること。  
 (五) (イ)は、どのような場所、どのような作業をしているとき、どのような  
 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  
 を簡明に記載すること。

二、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以外  
 の場合の注意事項  
 (一) (イ)は、記載する必要がないこと。  
 (二) (イ)は、災害発生の事実を確認した者(確認した者が多数あるときは最初  
 (イ)及び(ロ)を記載すること。  
 (三) (イ)及び(ロ)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。  
 (四) (イ)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。  
 三、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  
 (一) (イ)①、②、③及び(ロ)までは記載する必要がないこと。  
 (二) 事業主の証明は受ける必要がないこと。  
 (三) 事業主の氏名、病歴又は診療所の診療担当医氏名、請求  
 人の氏名等の欄は、記名押印することによって、自筆による署名を要する  
 ことが求められる。

表面の記入枠 を訂正したと きの訂正印欄	削 字 加 字 印
----------------------------	-----------------

社会保険 労務士 記載欄	作成年月日提出代行者の表示	氏 名	電 話 番 号
		印	