

業務災害用

Table with 4 rows and 7 columns of standard characters for the form.

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)

Form for receipt type (帳票種別) and industry type (業通別) with checkboxes for 1st and 3rd industry types.

Form for labor insurance number (労働保険番号) and prefecture/branch information (府県・所掌・管轄).

Form for employee details including sex (労働者の性別), date of birth (労働者の生年月日), date of injury/illness (負傷又は発病年月日), and date of receipt (受付年月日).

Form for employee name (労働者の氏名), address (住所), and postal code (郵便番号).

Form for financial information including bank account type (預金の種類) and account number (口座番号).

Form for Meigini (メイギン) account details, including name and account number.

Form for bank branch information (振込希望の名称, 銀行組合, 店所).

Form for business information including business name (事業の名称), address (事業場の所在地), and business owner's name (事業主の氏名).

Form for injury details (傷病名) and medical treatment information (所在地, 病院又は診療所の名称, 診療担当者氏名).

Form for pharmacist's proof (薬剤師の証明) including date, pharmacy name, and pharmacist's name.

Form for reasons for non-payment (療養の給付を受けなかった理由) and medical expenses (療養に要した費用の額).

Form for treatment dates (療養期間の初日, 療養期間の末日) and dosage (調剤数量).

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。

Form for the requester's details including date, address, name, and stamp.

Vertical text on the left side providing instructions and notes regarding the form's usage and recording requirements.

Vertical text on the right side providing instructions and notes regarding the form's usage and recording requirements.

(ニ) 労働者の 所属事業場の 名称・所在地	(ホ) 負傷又は発病の時刻		(ヘ) 災害発生の 事実を確認 した者の 職名 氏名
	午前	午後	
(ト) 災害の原因及び発生状況 (ア)どのような場所で(イ)どのような作業をしているときに(ウ)どのような物又は環境に(エ)どのような不安全な又は有害な状態があって(オ)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

病院又は 診療所の	名称	
	所在地	
担当医 氏名	1.	3.
	2.	4.

医師 番号	処方月日	調剤月日	処 方		調剤 数量	調 剤 報 酬 点 数		
			医薬品名・規格・用量・剤型・用法	単剤薬料(点)		調剤料(点)	薬剤料(点)	加算料(点)
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
受付回数	回	摘要						
調剤基本料			(点)	時間外等加算	(点)	指導料	(点)	合計点数 (点)
								合計金額 (円)

(注 意)

- 共通の注意事項
 - この請求書は、薬局から薬剤の支給を受けた場合に提出すること。
 - 事項を選択する場合には、該当する事項を丸で囲むこと。
 - (ニ)は、労働者の直接所属する事業場が一括適用の取扱いをしている支店、工場、工事現場等の場合に記載すること。
 - (ト)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簡明に記載すること。
- 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
 - ④は、記載する必要がないこと。
 - (ヘ)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、最初に発見した者)を記載すること。
 - (ヘ)及び(ト)は、第2回以後の場合には記載する必要がないこと。
 - 第2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がないこと。
- 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
 - ③、⑥、⑦及び(ホ)から(ト)までは記載する必要がないこと。
 - 事業主の証明は受ける必要がないこと。
- 「事業主の氏名」の欄、「病院又は診療所の診療担当者氏名」の欄、「薬局の調剤担当者氏名」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、自筆による署名をすることができる。

表面の記入枠 を訂正したと きの訂正印欄	削 加	字 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	