

通勤災害用

第 回

療養給付たる療養の費用請求書(同一傷病分)

標準  
字体

Table with 7 columns (0-6) and 4 rows (1-4) for standard font characters.

濁点、半濁点などは文字として書いてください。(例) カハ



Form for ticket type (帳票種別) and industry (業通別) with input boxes for numbers.

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

Form for laborer's sex (性別), date of birth (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 name (氏名), postal code (郵便番号), and financial institution details (金融機関).

Form for address (住所) and account type (預金の種類).

Form for account number (口座番号) and branch (支店).

Form for account name (口座名義人) and branch name (支店名).

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

注意: 事業主は、裏面の(チ)、(リ)及び(ヌ)については、知り得なかった場合には証明する必要がないので、知り得なかった事項の符号を消してください。

Form for injury name (傷病名), location (所在地), hospital name (病院又は診療所の名称), and attending physician's name (診療担当者氏名).

Form for pharmacist's proof (薬剤師の証明) including date (年月日), pharmacy name (薬局の名称), and pharmacist's name (調剤担当者氏名).

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

Form for start/end dates of treatment (療養期間の初日/末日) and quantity of medication (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 request date (年月日), address (住所), and signature (請求人の氏名) of the applicant.

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.

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

(二) 災害時の通勤の種別 (該当する記号を記入)		イ. 住居から就業の場所への移動 ハ. 就業の場所から他の就業の場所への移動 ニ. イに先行する住居間の移動		ロ. 就業の場所から住居への移動 ホ. ロに後続する住居間の移動	
(ホ) 労働者の所属事業場の名称・所在地	(ヘ) 現報告者の住所			氏名	電話
(ト) 災害の原因及び発生状況					
(リ) 負傷又は発病の年月日及び時刻	年	月	日	午	時
(ル) 災害発生の場所	(チ) 災害時の通勤の種別に関する移動の通常の経路・方法及び所要時間並びに災害発生の日に住居又は就業の場所から災害発生場所に至った経路、方法、時間、その他の状況				
(レ) 就業の場所					
(ロ) 就業開始の予定年月日及び時刻	年	月	日	午	時
(リ) 住居を離れた年月日及び時刻	年	月	日	午	時
(ル) 就業終了の年月日及び時刻	年	月	日	午	時
(ロ) 就業の場所を離れた年月日及び時刻	年	月	日	午	時
(ハ) 第三者行為災害	該当する・該当しない				
(ニ) 健康保険日雇特別被保険者手帳の記号及び番号	(通常の移動の所要時間 時間 分)				
(ホ) 転任の事実の有無(災害時の通勤の種別がニ又はホに該当する場合)	有・無	(ツ) 転任直前の住居に係る住所			

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	単位薬剤料(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う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。
  - (ホ)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、どのような場所を、どのような方法で移動している際に、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。
  - (カ)は、請求人が健康保険の日雇特別被保険者でない場合には、記載する必要がないこと。
- 傷病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。
  - 第2回以後の請求の場合には、(ヘ)から(ヨ)まで、並びに(ツ)及び(チ)については記載する必要がなく、また事業主の証明は受ける必要がないこと。
- 傷病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(ヘ)から(タ)まで、並びに(ソ)及び(ツ)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
--------------------	-----	-----	---

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