

業務災害用

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

Table with 10 columns and 4 rows of standard characters for form entry.

濁点、半濁点は文字として書いてください。(例) カハ



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

Form section for labor insurance number (労働保険番号) and prefecture/branch information.

Form section for worker's sex (性別), date of birth (生年月日), and date of injury (負傷又は発病年月日).

Form section for name (シメイ) and postal code (郵便番号).

Form section for worker's name (氏名) and address (住所).

Form section for account information (口座番号) and account type (預金の種類).

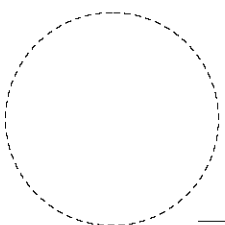
Form section for business information (事業の名称, 所在地, 業主の氏名).

Form section for medical institution information (施術所の名称, 住所, 氏名).

Form section for medical details (療養の内容, 期間, 概要) and medical certificate (証明).

Form section for dates (療養期間の初日, 末日) and number of days (施術実日数).

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。



Requester's name and address fields.

Postcode, phone number, and official seal fields.

Vertical text on the left side providing instructions for form completion.

Vertical text on the right side providing instructions for form completion.

様式第7号(3) (裏面)

労働者の (ニ)所属事業場の 名称・所在地	(ホ) 負傷又は発病の時刻	(ヘ) 職名
	午前 時 分頃	災害発生の 事実を確認 した者の 氏名
(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	初 検 料	初検年月日 平成 年 月 日 時頃	時間外・深夜・休日加算	円	千	円	
	再 検 料	回	円	指 導 管 理 料	回	円	
	運動療法料	回	円	施術情報提供料	円		
	休業(補償)給付証明料	回	円	証明期間			
	往 診 料	距離(片道 Km) 回 1回	円	夜間・難路・暴風雨雪加算	円		
	整 復 固 定 料 初回処置	傷病名及び部位		金 額	特 別 材 料 料		
		イ		円	円		
		ロ					
		ハ					
	後 療 料	イ	回	円	包帯交換料	回	円
		ロ					
		ハ					
		ニ					
	電 療 料	イ 回	ロ 回	ハ 回	ニ 回		
	電 法 料	冷電法	イ 回	ロ 回	ハ 回	ニ 回	
温電法		イ 回	ロ 回	ハ 回	ニ 回		
そ の 他							
合 計						千 円	

(注 意)

- 共通の注意事項
 - この請求書は、柔道整復師から施術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)に記載すること。
 - (ニ)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、「施術所の氏名」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、自筆による署名をすることができる。

委 任 状	
わたくしは、柔道整復師 _____ 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
	印 (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 印 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	