様式第７号(４)(表面)　　労働者災害補償保険

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）

帳票種別	①管轄局署	②業通別
※ 3 4 2 2 3		1 業 / 3 通

標準字体

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	゛
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゜

はり・きゅう

③労働保険番号　府県 | 所掌 | 管轄 | 基幹番号 | 枝番号

④年金証書の番号　管轄局 | 種別 | 西暦年 | 番号

⑤労働者の性別　1男 3女

⑥労働者の生年月日　1明 3大 5昭 7平 治正和成 元号 年 月 日　1～9年は右↑ 1～9月は右↑ 1～9日は右↑

⑦負傷又は発病年月日　年 月 日　1～9年は右↑ 1～9月は右↑ 1～9日は右↑

⑧受付年月日　※　年 月 日

⑨労働者の　シメイ（カタカナ）：姓と名の間は１文字あけて記入してください。

氏名　（　　歳）

住所

⑩三者コード　※　1 自 3 労 5 他

⑪委任未支給　1 委任 3 未支給 7 はり師

⑫特別加入者

⑬審査コード

⑭金融機関コード　※　金融機関　店舗

⑮郵便番号　－

⑮預金の種類　1 普通 3 当座

⑯口座番号

下の欄及び⑮から⑱までの欄は、口座を新規に届け出る場合、又は、届け出た口座を変更する場合のみ記入してください。

新規・変更

振込を希望する金融機関の名称　銀行 金庫 組合　店所

口座名義人

メイギニン（カタカナ）：姓と名の間は１文字あけて記入してください

⑰

（つづき）メイギニン(カタカナ)

⑱

⑨の者については⑦及び裏面(ホ)、(ト)までに記載したとおりであることを証明します。

年　月　日

事業の名称　　電話番号　局　番

事業場の所在地　　郵便番号　－

事業主の氏名　　印

（法人その他の団体であるときはその名称及び代表者の氏名）

・はり師・きゅう師 あん摩マッサージ指圧師 の証明

⑨の者については(イ)から(ハ)まで及び⑳に記載したとおりであることを証明します。

郵便番号　－

電話番号　局　番

年　月　日

施術所の名称

住所

氏名　　印

療養の内容　(イ)期間　年　月　日から　年　月　日まで　日間　施術実日数　日

(ロ)傷病の部位及び傷病名

(ハ)傷病の経過の概要　年　月　日　治ゆ・継続中・転医・中止

⑲指定・指名番号　府県 | 種別 | 一連番号

⑳療養に要した費用の額(内訳裏面のとおり。)　千万 百万 十万 万 千 百 十 円

※

㉑療養期間の初日　年 月 日　1～9年は右↑ 1～9月は右↑ 1～9日は右↑

から

㉒療養期間の末日　年 月 日　1～9年は右↑ 1～9月は右↑ 1～9日は右↑

まで

㉓施術実日数　日

㉔転帰事由　1 治ゆ 3 継続 5 転医 7 中止

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。

年　月　日

請求人の

郵便番号　－　　電話　局　番

住所　（　　方）

氏名　　印

労働基準監督署長 殿

（注意）
一、□□で表示された枠（以下、記入枠という。）に記入する文字は、光学式文字読取装置（OCR）で直接読取りを行うので、汚したり、穴をあけたり、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。
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。（なお、⑮、⑥及び⑲欄については該当番号を記入枠に記入してください。）
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。

※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。

様式第７号(４)(裏面)

(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	
	午 前 後 時 分頃	職名	
		氏名	

(ト)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って(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

種別						金額
初検料	初検年月日			加算料金		千　円
	年　月　日　時頃			時間外・休日	円	
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		回	円	円	
施術料 はり・きゅう	施術名		回数	1回の料金		
	はり		回	円		
	きゅう					
	はり・きゅう併用					
	電気療法	電気針				
		電気温灸器				
施術料 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：(イ)はり・きゅうのみ　(ロ)はり・きゅうと一般医療

（注意）

一、共通の注意事項

(一)この請求書は、あん摩マッサージ指圧師・はり師・きゅう師から施術を受けた場合に提出すること。

(二)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ごとの請求書に、医師の診断書を添えること。

(三)はり・きゅ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、医師の診断書を添えること。また、初療の日から九か月を経過する場合は、はり師又はきゅう師の意見書及び症状経過表、更に医師の診断書、意見書を添えること。

(四)(五)(二)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。

事項を選択する場合には、該当する事項を丸で囲むこと。

(六)(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。

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)④は、記載する必要がないこと。

(二)(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。

(三)(ヘ)及び(ト)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)第二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。

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)③、⑥、⑦及び(ホ)から(ト)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。

四、「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、あん摩マッサージ指圧師・はり師・きゅう師＿＿＿＿＿＿＿＿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　月　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 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	