

通勤災害用

第 回

標準
字体

Table with Japanese characters and numbers for standard font reference.

濁点、半濁点は一文字として書いてください。(例) カハ°



療養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 労働保険番号 ④ 年証の番号

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 受付年月日

⑨ 労働者 ⑩ 三者コード ⑪ 委任未支給 ⑫ 特別加入者 ⑬ 審査コード

⑭ 金融機関 ⑮ 郵便番号 ⑯ 預金の種類 ⑰ 口座番号

⑱ 新規・変更

⑲ メイギニン(カタカナ) ⑳ (つづき)メイギニン(カタカナ)

事業主の氏名 事業の名称 電話番号 事業場の所在地 郵便番号

⑳ ⑲の者については⑲及び裏面の(チ)(通常の通勤の経路及び方法に限る。)(リ)、(ヌ)、(ハ)、(ワ)、(カ)、(コ)及び(シ)に記載したとおりであることを証明します。

あん摩マッサージ指圧師の証明

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

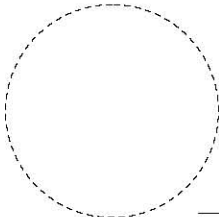
(ロ) 傷病の部位及び傷病名

(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 ⑳ 療養に要した費用の額(内訳裏面のとおりに)

㉑ 療養期間の初日 ㉒ 療養期間の末日 ㉓ 施術実日数 ㉔ 転帰事由

上記により療養給付たる療養の費用の支給を請求します。



年 月 日

郵便番号 電話

住所

請求人の

氏名

労働基準監督署長 殿

※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。

(注意) 一、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ように記載してください。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。三、○を○、◎を◎及び◎欄については該欄を記入しなさい。四、○を○、◎を◎及び◎欄については該欄を記入しなさい。五、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) 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
労働者の (ホ) 所属事業場の 名称・所在地	(ヘ) 現認者の 住所 氏名	電話 局番
(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 前 後 時 分	(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
(ス) 災害発生場所		
(ル) 就業の場所 (災害時の通勤の種別がイ、ハ又はロに該当する場合は移動の経路たる就業の場所)		
(フ) 就業開始の予定年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別がイ、ハ又はロに該当する場合は記載すること)	年 月 日 午 前 後 時 分	
(ワ) 住居を離れた年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別がイ、ロ又はホに該当する場合は記載すること)	年 月 日 午 前 後 時 分	
(カ) 就業終了の年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別がロ、ハ又はホに該当する場合は記載すること)	年 月 日 午 前 後 時 分	
(コ) 就業の場所を離れた年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別がロ又はハに該当する場合は記載すること)	年 月 日 午 前 後 時 分	
(ク) 第三者行為災害	該当する・該当しない	
(キ) 健康保険日雇特別賃保険者手帳の 記号及び番号	(通常の移動の所要時間 時間 分)	
(ク) 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	(ニ) 転任直前の住居に係る住所

(注 意)

療養の内訳及び金額

種	別				金 額
	初 検 年 月 日	加 算 料 金		千 円	
初 検 料	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	円	
	キロメートル	回			
施 術 料	施 術 名	回数	1 回 の 料 金	円	
	は り き ゅ う	回			
	は り き ゅ う 併 用				
	電 気 針				
	電 気 温 灸 器				
	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					

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) 事項を選択する場合には、該当する事項を丸で囲むこと。
 (五) 工場、工事現場等の場合は一括適用の取扱いをしている支店、(ハ)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、(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。

二、傷病年金の支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) 第二回以後の請求の場合には、(イ)から(ロ)まで、並びに(ク)及び(キ)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。
 (三) 傷病年金の支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(イ)から(ロ)まで、並びに(ク)及び(キ)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よって代えて、自筆による署名をすることが出来る。

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 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	