

療養補償給付及び複数事業労働者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

⑧ 受 付 年 月 日  
元 号 年

⑩三者コード ⑪委任未支給 ⑫特別加入者 ⑬審査コード

3 4 2 6 0

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

1業  
3通

|  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|

1 自  
3 劳  
5 他

1 委任  
3 未支給  
5 委未

11

---

(注意)

一、二、三、記入枠の部分は、必ず黒の記載すべき事項のない欄又は□□□で表示された枠（以

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瞭に記載してください。  
 記号枠は、空欄のままとし、事項を選択する場合は該当事項を○で囲んでください。（ただし、⑤及び⑩欄並びに⑥及び⑦欄の元号については該当番号を記入枠に記入してください。）  
 記入枠という。）に記入する文字は、表形式文字読取装置（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曲げたり、のりづけしたりしないでください。

※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。

|   |  |   |  |  |
|---|--|---|--|--|
| ③労働保険番号   | 府県<br>所掌<br>管轄<br>基幹<br>幹事<br>番号   | 枝番<br>番号  | ④年金証の番号  | 管轄局<br>種別<br>西暦年<br>番号                     |
| ⑤労働者の性別   | ⑥労働者の生年月日<br>元 年 月 日   | ⑦負傷又は発病年月日<br>元 年 月 日                                   | ※⑭金融機関コード  |  |
| (男) □<br>(女) □  | 明治<br>大正<br>昭和<br>平成<br>令和<br>1 2 3 4 5 6 7 8 9<br>1~9日は右へ 1~9日は右へ 1~9日は右へ 1~9日は右へ 1~9日は右へ 1~9日は右へ | 1 2 3 4 5 6 7 8 9<br>1~9日は右へ 1~9日は右へ 1~9日は右へ            | 店 舗<br>金 融 機 関<br>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 |  |
| ⑨労働者の氏名   | 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。濁点・半濁点は1文字として記入してください。  |   |  | ⑮郵便局コード                                    |
| 住 所   | ⑯郵便番号  |   |  | 職 種  |
| 新規・変更   |  |   |  |  |
| 振替口座<br>振込希望<br>口座名義人   | 銀行金融<br>農協信用<br>本居本邦<br>出銀所<br>支店支所  | ⑰預金の種類<br>1 普通<br>3 当座                                  | ⑱口座番号(左詰め。ゆうちょ銀行の場合は、記号(5桁)は右詰め、番号は右詰めで記入し、空欄は「0」を記入。)               |  |
|   |  | 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。濁点・半濁点は1文字として記入してください。 |  |  |
|   |  | ⑲(つづき)メイギニン(カタカナ)                                       |  |  |
| ⑩の者については、⑦並びに裏面の(ヌ)及び(ヲ)に記載したとおりであることを証明します。  |  |   |  |  |
| 事業の名称   |  |   | 電話( ) -  |  |
| 年 月 日   | 事業場の所在地  |   |  | 〒 -  |
| 事業主の氏名  |  |   |  |  |
| (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)  |  |   |  |  |
| (注意) 派遣労働者について、療養補償給付又は複数事業労働者療養給付のみの請求がなされる場合にあっては、派遣先事業主は、派遣元事業主が証明する事項の記載内容が事実と相違ない旨裏面に記載してください。 |  |   |  |  |
| 医師又は歯科医師等の証明  | 療養の内容  | (イ)期間   | 年 月 日 から 年 月 日まで   | 日間 診療実日数 日                                 |
|   | (ロ)傷病の部位及び傷病名  | ⑪の者については、(イ)から(ニ)までに記載したとおりであることを証明します。                 |  |  |
|   | 傷病の経過の概要   | 年 月 日 千 -   |  |  |
|   | 年 月 日 治療(症状固定)・継続中・転医・中止・死亡  | 病院又は診療所の所在地<br>名 称 電話( ) -                              |  |  |
|   | (二)療養の内訳及び金額(内訳裏面のとおり。)  | 診療担当者氏名   |  |  |
| (ホ)看護料  | 年 月 日から 年 月 日まで  | 日間 (看護師の資格の有・無)   | 千 円  |  |
| (ヘ)移送費  | から まで  | 片道・往復 キロメートル 回  | 千 円  |  |
| (ト)上記以外の療養費(内訳別冊請求書又は領収書枚のとおり。)   | 千 円  |   |  |  |
| (チ)療養の給付を受けなかった理由   | ⑫療養に要した費用の額(合計)  |   | 千 万 百 万 十 万 万 千 百 十 円  |  |
| ⑬費用の種別  | ⑭療養期間の初日   | ⑮療養期間の末日  | ⑯診療実日数   | ⑰転帰事由                                      |
| ※ 1 診療<br>2 看護<br>3 移送<br>4 装具<br>5 診断書   | 元 年 月 日  | 元 年 月 日   | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20                   | 1 治療(労務鑑定)<br>2 継続<br>3 転医<br>4 転院<br>5 死亡 |
|   | 1~9日は右へ 1~9日は右へ 1~9日は右へ  | 1~9日は右へ 1~9日は右へ 1~9日は右へ                                 | 1~9日は右へ 1~9日は右へ 1~9日は右へ  |  |

上記により療養補償給付又は複数事業労働者療養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

労働基準監督署長 殿

住所 〒            —            電話 (            ) —                       (            方 )

氏名

\_\_\_\_\_

様式第7号(1)(裏面)

[illegible]

## 療養の内訳及び金額

| 診 療 内 容           |             |          |             | 点数(点) | 診 療 内 容 | 金 額  | 摘 要 |
|-------------------|-------------|----------|-------------|-------|---------|--|-----|
| 初 診               | 時間外・休日・深夜   |          |             |       | 初診      | 円  |     |
| 再 診               | 外来診療料       | ×        | 回           |       | 再診      | 円  |     |
|                   | 継続管理加算      | ×        | 回           |       | 指導      | 円  |     |
|                   | 外来管理加算      | ×        | 回           |       | その他     | 円  |     |
|                   | 時間外         | ×        | 回           |       |         |  |     |
|                   | 休日          | ×        | 回           |       |         |  |     |
|                   |             | 深夜       | ×           | 回     |         | 食事(基準 )<br>円× 日間<br>円× 日間<br>円× 日間<br><br>小 計<br>② |     |
| 指 導               |             |          |             |       |         |  |     |
| 在 宅               | 往診          |          | 回           |       |         |  |     |
|                   | 夜間          |          | 回           |       |         |  |     |
|                   | 緊急・深夜       |          | 回           |       |         |  |     |
|                   | 在宅患者訪問診療    |          | 回           |       |         |  |     |
|                   | その他         |          |             |       |         |  |     |
|                   | 薬剤          |          | 回           |       | 摘 要     |  |     |
| 投 薬               | 内服 薬剤       |          | 単位          |       |         |  |     |
|                   | 調剤          | ×        | 回           |       |         |  |     |
|                   | 屯服 薬剤       |          | 単位          |       |         |  |     |
|                   | 外用 薬剤       |          | 単位          |       |         |  |     |
|                   | 調剤          | ×        | 回           |       |         |  |     |
|                   | 処方          | ×        | 回           |       |         |  |     |
|                   | 麻毒          |          | 回           |       |         |  |     |
|                   | 調基          |          |             |       |         |  |     |
| 注 射               | 皮下筋肉内       |          | 回           |       |         |  |     |
|                   | 静脈内         |          | 回           |       |         |  |     |
|                   | その他         |          | 回           |       |         |  |     |
| 処 置               |             |          |             | 回     |         |  |     |
|                   | 薬剤          |          |             |       |         |  |     |
| 手 術<br>麻 酔<br>検 査 |             |          |             | 回     |         |  |     |
|                   | 薬剤          |          |             | 回     |         |  |     |
| 画 像<br>診 断<br>その他 |             |          |             | 回     |         |  |     |
|                   | 薬剤          |          |             |       |         |  |     |
|                   | 処方せん        |          | 回           |       |         |  |     |
|                   | 薬剤          |          |             |       |         |  |     |
| 入 院               | 入院年月日 年 月 日 |          |             |       |         |  |     |
|                   | 病・診・衣       | 入院基本料・加算 |             |       |         |  |     |
|                   |             | ×        | 日間          |       |         |  |     |
|                   |             | ×        | 日間          |       |         |  |     |
|                   |             | ×        | 日間          |       |         |  |     |
|                   |             | ×        | 日間          |       |         |  |     |
|                   |             | ×        | 日間          |       |         |  |     |
|                   | 特定入院料・その他   |          |             |       |         |  |     |
| 小 計               | 点 ①         | 円        | 合計金額<br>①+② | 円     |         |  |     |

㊦その他

|   |                        |
|---|------------------------|
| 有 | 有の場合のその<br>(ただし表<br>い) |
| 無 |                        |

|   |          |
|---|----------|
| 有の場合<br>でいずれ<br>かの事業<br>で特別加<br>入してい<br>る場合の<br>特別加入<br>状況<br>(ただし<br>表面の事<br>業を含ま<br>ない) | 労働<br>特別 |
| 労 働 保 険 番 号   | 加入       |

(注意)

一、共通の注意事項

事項を選択するには、該当する事項を○で囲むこと。

(一) (一) 及び(ト)については、その費用についての明細書及び看護移送等をした者の請求書又は領収書を添えること。

(二) (二) の期間には、最終の投葉の期間をも算入すること。

(三) (三) リには、労働者が直接所屬する事業場が一括適用の取扱いを受けている場合に、労働者の直接所屬する支店、工事現場等を記載すること。

傷病補償年金又は後数事業労働者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

(一) (一) ④は、記載する必要がないこと。

⑤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。

(二) (二) リ及び(ト)は、第一回以後の請求の場合には記載する必要がないこと。

(三) (三) 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。

(四) (四) 傷病補償年金又は後数事業労働者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

(一) (一) ③、⑥、⑦及び(又)までは記載する必要がないこと。

(二) (二) 事業主の証明は受ける必要がないこと。

| ㊤その他就業先の有無  |                              |
|---|------------------------------|
| 有<br><br>無  | 有の場合のその数<br>(ただし表面の事業場を含まない) |
| 社   |                              |
| 有の場合<br>でいずれ<br>かの事業<br>で特別加<br>入してい<br>る場合の<br>特別加入<br>状況<br>(ただし<br>表面の事<br>業を含ま<br>ない) | 労働保険事務組合又は<br>特別加入団体の名称      |
|   | 加入年月日<br><br>年 月 日           |
| 労働保険番号(特別加入)  |                              |
|   |                              |

- 四、複数事業労働者療養給付の請求は、療養補償給付の支給決定がなされた場合、遡って請求されなかったものとみなす。
- 五、その他就業先の有無一欄の記載がない場合又は複数就業していない場合は、複数事業労働者療養給付の請求はないものとして取り扱うことと。
- 六、疾病に係る請求の場合、脳・心臓疾患、精神障害及びその他の二以上の事業の業務を要因とすることが明らかな疾病以外は、療養補償給付のみで請求されることとなること。

|           |   |  |         |
|-----------|---|--|---------|
| 派遣先事業主証明欄 | 派遣元事業主が証明する事項(表面の㉗並びに(ヌ)及び(ヲ))の記載内容について事実と相違ないことを証明します。 |  |         |
|           | 年 月 日   | 事業の名称                                  | 電話( ) — |
|           |   | 事業場の所在地                                | 〒 —     |
|           |   | 事業主の氏名<br>(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) |         |

|                    |                      |     |                   |
|--------------------|----------------------|-----|-------------------|
| 社会保険<br>労務士<br>記載欄 | 作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示 | 氏 名 | 電 話 番 号           |
|                    |                      |     | (       )       — |