

様式第7号(2)(裏面)

(二) 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) 職名
	午前 午後 時 分頃	災害発生 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) どのような不安全又は有害な状態があつて(オ) どのような災害が発生したか(カ) ⑦と初診日が異なる場合はその理由を詳細に記入すること。		

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)		薬剤調製料 調剤管理料 (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) 1. 共通の注意事項
- (1) この請求書は、薬局から薬剤の支給を受けた場合に提出すること。
 - (2) 事項を選択する場合には、該当する事項を○で囲むこと。
 - (3) (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受けている場合に、労働者が直接所属する支店、工事現場等を記載すること。
2. 傷病補償年金又は複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
- (1) ④は、記載する必要がないこと。
 - (2) (ヘ)は、災害発生の実事を確認した者(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。
 - (3) (ヘ)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。
 - (4) 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。
3. 傷病補償年金又は複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
- (1) ③、⑥、⑦及び(ホ)から(ト)までは記載する必要がないこと。
 - (2) 事業主の証明は受ける必要がないこと。
4. 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こと。
5. ②④「その他就業先の有無」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。
6. 疾病に係る請求の場合、脳・心臓疾患、精神障害及びその他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。

②④その他就業先の有無	
有	有の場合のその数 (ただし表面の事業場を含まない)
無	社
有の場合 でいずれ かの事業 で特別加 入してい る場合の 特別加入 状況 (ただし 表面の事 業を含ま ない)	労働保険事務組合又は 特別加入団体の名称
	加入年月日 年 月 日
労働保険番号(特別加入)	

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⑦並びに(ホ)及び(ト))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	
		(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 労務士 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
			() —