

標	準	字	体	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	〃	。	ー
ア	イ	ウ	エ	オ	カ	キ	ク	ケ	コ	サ	シ	ス	セ	ソ	タ	チ
ネ	ノ	ハ	ヒ	フ	ヘ	ホ	マ	ミ	ム	メ	モ	ヤ	ユ	ヨ	ラ	リ



帳票種別	①管轄局署	②業通別	⑧受付年月日	⑩三者コード	⑪委任未支給	⑫特別加入者	⑬審査コード
※ 34261		3 1業 3通			1自 3勞 5他	1委任 3未支給 5委未	

(注意) 一、二、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瞭に記載してください。

③ 労働保険番号

④ 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 (元号 年 月 日)

⑦ 負傷又は発病年月日 (元号 年 月 日)

⑧ 金融機関コード

⑨ 労働者の氏名 (年齢)

⑩ 郵便番号

⑪ 職 種

⑫ 振込の希望金融機関

⑬ 口座名義人

⑭ 預金の種類 (1普通 3当座)

⑮ 口座番号 (左詰め)

⑯ メイギン (カタカナ)

⑰ (つづき) メイギン (カタカナ)

⑱ の者については、⑦並びに裏面の(チ) (通常の通勤の経路及び方法に限る。)、(リ)、(ヌ)、(ル)、(ヲ)、(カ)、(ヨ)及び(ソ)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 印

(注意) 1 事業主は裏面の(チ)、(リ)及び(ヌ)については、知り得なかった場合には証明する必要がないので、知り得なかった事項の符号を消してください。
2 派遣労働者について、療養給付のみの請求がなされる場合にあつては、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。

(イ) 傷病名

⑱ の者については、(イ)に記載したとおりであることを証明します。

所在地 〒 -

年月日 病院又は診療所の名称 電話() -

診療担当者氏名 印

薬剤師の証明

⑲ の者については、(ロ)、⑳に記載したとおりであること及び(ロ)、⑳に記載した事項は、医師の処方に基づくものであることを証明します。

所在地 〒 -

年月日 薬局の名称 電話() -

調剤担当者氏名 印

(ロ) 療養の内容 期間 年月 日から 年月 日まで 日間 調剤実日数 日

(ハ) 療養の給付を受けなかった理由

㉑ 療養に要した費用の額 (内訳裏面のとおりに) 千万 百万 十万 万 千 百 十 円

㉒ 療養期間の初日 (元号 年 月 日) から ㉓ 療養期間の末日 (元号 年 月 日) まで ㉔ 調剤数量

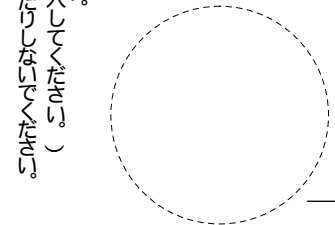
上記により療養給付たる療養の費用の支給を請求します。

〒 - 電話() -

年 月 日

請求人の住所 (方)

氏名 印



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、()の所を合に折り目を2つ折りとしてください。

標準字体 (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。

様式第16号の5(2)(裏面)

(ニ) 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	(ハ) 住居 現認者の 氏名	住所 電話() -
(ト) 災害の原因及び発生状況 (あ)どのような場所を(い)どのような方法で移動している際に(う)どのような物で又はどのような状況において(え)どのようにして災害が発生したか(お)⑦と初診日が異なる場合はその理由を簡明に記載すること		
(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の場所に至った経路、方法、時間、その他の状況
(ヌ) 災害発生 の 場所		
(ル) 就業の場所 (災害時の通勤の種別がイ、ハ又はニに該当する場合は移動の経路を記載すること)		
(レ) 就業開始の予定年月日及び時刻	年 月 日 午 前 後 時 分	
(ロ) 住居を離れた年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別がイ、ハ又はニ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	
(ケ) 健康保険日雇特例被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	(ツ) 転任直前の住居に係る住所

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)		調剤料(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)

- 共通の注意事項
 - この請求書は、薬局から薬剤の支給をう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○で囲むこと。
 - (ホ)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。
 - (レ)は、請求人が健康保険の日雇特例被保険者でない場合には、記載する必要がないこと。
- 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
 - ④は、記載する必要がないこと。
 - 第2回以後の請求の場合には、(ハ)から(ヨ)まで、並びに(ツ)及び(チ)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。
- 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
 - ③、⑥、⑦及び(ハ)から(タ)まで、並びに(ツ)及び(チ)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、「病院又は診療所の診療担当者氏名」の欄、「薬局の調剤担当者氏名」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⑦並びに(チ)(通常の通勤の経路及び方法に限る。)(リ)(ヌ)(ル)(ヲ)(カ)(ヨ)及び(ツ))の記載内容について事実と相違ないことを証明します。
	事業の名称 電話() -
	年 月 日 〒 -
	事業場の所在地 事業主の氏名 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)

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・事務代理者の表示	氏 名	電 話 番 号
				印	() -