

診機様式第1号の3 労働者災害補償保険  
**検査に要した費用等請求書**  
 (非指定医療機関用)

**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	ハ
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取り扱ってください。(例)  
 カ「ハ」。

帳票種別 ①管轄局署 ②業通別

※ **34220**      1業  
 3通

③ 労働保険番号		府 県 所 掌 管 轄		基 幹 番 号		枝 番 号		④ 管轄局 種別 西暦年 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		⑩ 支払コード	
⑧ 労働者の氏名		⑨ 労働者の住所		⑪ 郵便番号		⑫ 職種		⑬ 預金の種類	
⑭ 振込口座		⑮ 振込希望する金融機関の名称		⑯ 口座番号		⑰ 事業の名称		⑱ 傷病名	
⑲ 検査等の内訳		⑳ 検査等の内訳		㉑ 検査等の内訳		㉒ 検査等の内訳		㉓ 検査等の内訳	
⑳ 費用の種類		㉔ 検査等年月日		㉕ 検査等の内訳		㉖ 検査等の内訳		㉗ 検査等の内訳	

※印の欄は記入しなくても構いません。(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。

年 月 日付けをもって依頼のあった上記の者にかかる  
 の費用を請求します。

郵便番号  電話  局番

年 月 日 住所  (方)

請求人(病院又は診療所)の 氏名  印   
 (記名押印又は署名)

労働基準監督署長 殿

(注 意)

- 1 □□□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)で直接読取りを行いますので、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。
- 2 記載すべき事項のない欄又は記入枠は、空欄のままとしてください。
- 3 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。
- 4 労働者が傷病(補償)年金の受給権者以外である場合は、④は記載する必要がありません。
- 5 労働者が傷病(補償)年金の受給権者である場合は、③、⑥、⑦は記載する必要がありません。