

Surat Klaim Manfaat Biaya Pengobatan (Formulir No.7) (Contoh Pengisian)

様式第7号(1)(表面) 労働者災害補償保険

業務災害用

第 回

療養補償給付たる療養の費用請求書 (同一傷病分)

帳票種別 ※ 3 4 2 1 0

① 管轄局署

② 業種別 1

Kalau tidak tahu, minta tempat kerja Anda untuk mengisi.

④ 労働者番号

Nomor asuransi kompensasi pekerja

⑤ 労働者の性別

⑥ 労働者の生年月日

Tanggal lahir

⑦ 負傷又は発病年月日

Tanggal cedera atau serangan

Tulis nama Anda dengan huruf katakana dengan diberi spasi

Tulis "1" jika laki-laki dan "3" jika perempuan.

Tulis "1" untuk rekening biasa, dan "2" untuk rekening deposit.

⑧ 補助キー

⑨ 受給者コード

⑩ シメイ (カタカナ)

⑪ 郵便番号

Kode pos

⑫ 預金の種別

Jenis setoran

⑬ 振替口座番号

Nomor rekening

⑭ 氏名

Nama

⑮ 住所

Alamat

⑯ 年齢

(Usia) 歳

⑰ メイキニン (カタカナ)

Nama lengkap Pemilik rekening beserta sebutan

⑱ (つづき) メイキニン (カタカナ)

⑲ 振替金融機関

Nama institusi keuangan

⑳ 支店名

Nama Cabang

㉑ 口座名義

Pemilik rekening

㉒ 事業の名称

事業の所在地

事業主の氏名

⑳ 電話番号

㉓ 郵便番号

⑳ 療養の内容

㉔ 期間

㉕ 診察実日数

㉖ 傷病の経過の概要

㉗ 傷病の部位及び傷病名

㉘ 傷病の経過の概要

㉙ 療養の内訳及び金額 (内訳裏面のおとり)

Diisi oleh lembaga medis

㉚ 療養の給付を受けなかった理由

Alasan mengapa pasokan pemulihan tidak diterima

㉛ 療養に要した費用の額 (合計)

Jumlah biaya yang perlu diberikan pemulihan

㉜ 費用の種類別

㉝ 療養期間の初日

㉞ 療養期間の末日

㉟ 診察実日数

㊱ 転帰事由

㊲ 請求年月日

Tanggal permohonan

㊳ 郵便番号

Kode pos

㊴ 電話番号

Telepon

㊵ 住所

Alamat

㊶ 請求人の氏名

Nama Penuntut

㊷ 標準労働監督署長 殿

Standar buruh direktur kepala

㊸ 印

Tanda Tangan

Jika sudah menggunakan tanda tangan manual, maka tidak perlu distempel.

Bagian yang harus diisi sendiri oleh yang mengajukan klaim

Bagian yang diisi oleh lembaga medis

Bagian yang diisi oleh perusahaan

*Jika tidak mendapat legalisasi dari perusahaan, konsultasikan dengan kantor pengawas tempat penyerahan klaim.

Tulis posisi dan nama orang yang mengkonfirmasi fakta terjadinya kecelakaan kerja.

様式第7号(1)(裏面)

① 労働者の所属事業場の名称・所在地 Nama dan alamat di tempat kerja	② 負傷又は発病の時刻 Waktu cedera atau serangan Pagi Sore	③ 被害発生時刻を事実確認した者の氏名 Pekerjaan Nama
④ 災害の原因及び発生状況 ⑤どのような場所で ⑥どのような作業をしているときに ⑦どのような物又は環境に ⑧どのような不安全又は有害な状態があつて ⑨どのような災害が発生したかを詳細に記入すること		
Penyebab kecelakaan dan situasi di daerah pedalaman		

療養の内訳及び金額

診療内容	回数	診療内容	金額	備考
初診	時間外・休日・深夜	初診	円	摘要
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	食事(基準)	円	
	深夜 × 回	円× 回	円	
指導		円× 日	円	
在宅	往診 回	小計 ②	円	
	夜間 回			
	緊急・深夜 回			
	在宅患者訪問診療 回			
	その他 回			
投薬	内服薬剤 単位 回			摘要
	調剤 × 回			
	電服薬剤 単位 回			
	外用薬剤 単位 回			
	調剤 × 回			
	処方 回			
	解毒 回			
	調剤 回			
注射	皮下筋内内 回			
	静脈内 回			
	その他 回			
処置	薬剤 回			
手術	薬剤 回			
検査	薬剤 回			
画像診断	薬剤 回			
その他	処方せん 回			
入院	薬剤 回			摘要
	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			
	特定入院料・その他			
小計	点 ①	円	合計金額 ①+②	

Diisi oleh lembaga medis

Perjelas kecelakaan kerja yang terjadi :
 ① di mana
 ② pada kondisi seperti apa
 ③ pada saat sedang melakukan proses yang bagaimana
 ④ yang menyebabkan
 ⑤ kecelakaan seperti apa yang terjadi

当する事項を④で開んでください。
 の費用についての明細書及び看護移送等を
 添付してください。
 期間をも算入してください。
 事業場が一括適用の取扱をしている支店、
 支店等が適用しているときに、どのよう
 な作業をしているときに、どのよう
 な災害が発生したか
 について、どのようにして災害が発生したか
 を記入してください。

二、傷病補償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) ④は、記載する必要はありません。
 (二) 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)を記載してください。
 (三) ⑥及び⑦は、第二回以後の請求の場合には記載する必要はありません。
 (四) ⑧及び⑨は、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は
 ありません。
 三、傷病補償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) ③、⑥、⑦及び⑧から⑩までは記載する必要はありません。
 (二) ③、⑥、⑦及び⑧から⑩までは記載する必要はありません。
 (三) 事業主の氏名(「事業主の氏名」欄)は、記載する必要があります。
 (四) 「事業主の氏名」欄(「病院又は診療所の診療担当者氏名」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
 ことができます。

表面の記入作
を訂正したと
きの訂正印欄

削 字
加 字

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
--------------------	---------------	-----	---------