

(リ) 労働者の所属事業場の名称・所在地	(ヌ) 負傷又は発病の時刻	(ル) 災害発生の実を 確認した者の 職名 氏名
	午後 時 分頃	
(ヲ)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)どのような不安全な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

診療内容	点数(点)	診療内容	金額	摘要
初診		初診	円	
再診		再診	円	
外来診療料	×	指導	円	
継続管理加算	×	その他	円	
外来管理加算	×	食事(基準)	円	
時間外	×	円× 日間	円	
休日	×	円× 日間	円	
深夜	×	円× 日間	円	
指導		小計	円	
在宅		摘要		
往診	回			
夜間	回			
緊急・深夜	回			
在宅患者訪問診療	回			
その他	回			
薬剤	回			
投薬				
内服 薬剤	単位			
調剤	×			
外用 薬剤	単位			
調剤	×			
処方	×			
麻毒	回			
調基	回			
注射				
皮下筋肉内	回			
静脈内	回			
その他	回			
処置				
薬剤	回			
手術				
麻酔	回			
検査				
薬剤	回			
画像診断				
薬剤	回			
その他				
処方せん	回			
入院				
入院年月日	年 月 日			
病・診・衣	入院基本料・加算			
×	日間			
特定入院料・その他				
小計	点 ①	合計金額	円	
		①+②	円	

(注 意)

(一) 共通の注意事項

(二) 事項を選択する場合には、該当する事項を○で囲むこと。

(三) (ホ)、(ヘ)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。

(四) (イ)の期間には、最終の投薬の期間をも算入すること。

(五) (リ)は、労働者が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。

(六) 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

(七) ④は、記載する必要がないこと。

(八) (ル)は、災害発生の実を(レ)を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。

(九) (ル)及び(リ)は、第二回以後の請求の場合には記載する必要がないこと。

(十) 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。

(十一) ③、⑥、⑦及び(ヌ)から(ヲ)までは記載する必要がないこと。

(十二) 事業主の証明は受ける必要がないこと。

㊸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	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)	

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こと。

五、㊸-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。

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。

派遣元事業主が証明する事項(表面の⑦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。	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)		

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
			() -