

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
ツ	テ	ト	ナ	ニ	ヌ	ネ	ノ	ハ	ヒ	フ	ヘ	ホ	マ	ミ	ム	
メ	モ	ヤ	ユ	ヨ	ラ	リ	ル	レ	ロ	ワ	ン					



療養補償給付及び複数事業労働者療養給付たる療養の費用請求書(同一傷病分)

※ 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
34263		1業 3通			1自 3勞 5他	1委任 3未支給 7はり師	

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	⑥ 労働者の生年月日	⑦ 負傷又は発病年月日	※⑭ 金融機関コード
1男 3女			

⑨ 労働者の氏名	⑮ 郵便番号	職 種
住所		

新規・変更	⑯ 預金の種類	⑰ 口座番号 (左詰め)
	1普通 3当座	
振込希望金融機関名	メイギニン (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・半濁点は文字として記入してください。	
口座名義人	⑱ (つづき)メイギニン (カタカナ)	

⑨の者については、⑦並びに裏面の(ホ)及び(ト)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	

(注意) 派遣労働者について、療養補償給付又は複数事業労働者療養給付のみの請求がなされる場合にあっては、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。

⑨の者については、(イ)から(ハ)まで及び⑳に記載したとおりであることを証明します。

年月日	施術所の名称	〒 -	電話() -
	住所		
	氏名		

療養の内容	(イ) 期間	年月日から 年月日まで	日間 施術実日数 日
(ロ) 傷病の部位及び傷病名			
(ハ) 傷病の経過の概要			
	年月日 治癒(症状固定)・継続中・転医・中止		

⑳ 指定・指名番号	㉑ 療養に要した費用の額 (内訳裏面のとおりに)		
府県 種別 一連番号	千万 百万 十万 万 千 百 十 円		
㉒ 療養期間の初日	㉓ 療養期間の末日	㉔ 施術実日数	㉕ 転帰事由
			1 治癒(症状固定) 3 継続 5 転医 7 中止

上記により療養補償給付又は複数事業労働者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

住所 (方)

請求人の氏名

労働基準監督署長 殿

(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。

四、記載すべき事項のない欄又は記入枠は、空欄のままとし、事項を撰択する場合に「0」を記入してください。(ただし⑤及び⑥欄並びに⑥及び⑦欄の元号については該元号を記入枠に記入してください。)

五、表示された枠(以下、記入枠とす)に記入する文字は、半角カタカナで入力してください。

六、必要以下に強く折り曲げたり、のりつけたりしないでください。

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、()の所を合に折りたたむように折り込んでください。

様式第7号(4)(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	(ハ) 職名
	午 前 後 時 分 頃	災害発生の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

(注 意)

種 別	金 額	
	千 円	円
初 検 料	初 検 年 月 日	加 算 料 金
	年 月 日 時 頃	時間外・休日 円
往 療 料	距 離(片 道)	回 数
	km	回
施 術 料	施 術 名	回 数
	は り き ゅ う	回
	は り き ゅ う 併 用	回
	電 気 針	回
	電 気 温 灸 器	回
	マ ッ サ ー ジ	回
	あ ん 法 料	回
	変 形 徒 手 矯 正 術	(肢)
	光 線 療 法	回
	極 超 短 波 (超 短 波)	回
低 周 波	回	
は り 又 は き ゅ う と マ ッ サ ー ジ の 併 用	回	円
合 計		円
備 考 : (イ) は り ・ き ゅ う の み (ロ) は り ・ き ゅ う と 一 般 医 療		

- 一、共通の注意事項
- (一) この請求書は、あん摩マッサージ指圧師・はり師・きゅう師から施術を受けた場合に提出すること。
- (二) マッサージの施術を受けた者は、初療の日及び初療の日から六か月を経過した日並びに六か月を経過した日以降三か月ごとの請求書に、医師の診断書を添えること。
- (三) はり・きゅうの施術を受けた者は、初療の日及び初療の日から六か月を経過した日の請求書に、医師の診断書を添えること。また、初療の日から九か月を経過する場合は、はり師又はきゅう師の意見書及び症状経過表、更に医師の診断書、意見書を添えること。
- (四) 事項を選択する場合には、該当する事項を○で囲むこと。
- (五) (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。
- (一) 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
- ④は記載する必要がないこと。
- (二) は、災害発生の事実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。
- (ハ)及び(ト)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。
- (四) 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。
- 三、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
- ③、⑥、⑦及び(ホ)から(ト)までは記載する必要がないこと。
- (二) 事業主の証明は受ける必要がないこと。

②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 名
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)	

- 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、②「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)		

委任状	私は、あん摩マッサージ指圧師・はり師・きゅう師 _____ を代理人と定め、私が、請求する表記療養の費用につき労災保険から給付される金額の受領を委任します。
	年 月 日 委任者の住所 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
			() -