

通勤災害用

第 回

療養給付たる療養の費用請求書 (同一傷病分)

標	準	字	体	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	〃	。 -
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			



※ 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	

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	⑮ 郵便局コード
1男 3女				
⑨ 労働者の氏名 (歳) 職種				
住所 ⑭ 郵便番号				

⑩ 振込の希望	⑪ 振込の金融機関	⑫ 口座名義人	⑬ 預金の種類	⑭ 口座番号
			1普通 3当座	
⑯ 振込の希望 (つづき) メイギン (カタカナ)				

⑰ 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)	

(イ) 傷病名	⑰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

⑱ 薬剤師の証明	⑲の者については、(ロ)に記載したとおりであること及び(ロ)、⑲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
	(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	⑲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	
⑲療養期間の初日	⑲療養期間の末日	⑲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

住所 (方)

請求人の 氏名

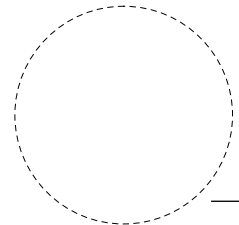
(注意) 一、二、三、記入枠の部分は、必ず黒のボールペンを使用し、様式右上に記載された「標準字体」にならうて、枠からはみださないように大きめのカタカナ及びアラビア数字で明瞭に記載してください。

二、記載すべき事項のない欄又は記入枠は、空欄のままとし、事項を選択する場合に「0」を記入してください。(ただし⑤及び⑬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。)

三、表示された枠(以下、記入枠とす)に記入する文字は、カタカナ文字で記載(OCR)で直接取りを行うので活字たり、六をあげたり、必要以下に強く折り曲げたり、のりづ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。



労働基準監督署長 殿

(二) 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	(へ) 住所 現認者の 氏名	電話() —
(ト) 災害の原因及び発生状況	(ア) どのような場所を(イ) どのような方法で移動している際に(ウ) どのような物で又はどのような状況において(エ) どのようにして災害が発生したか(オ) 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 頃	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 (チ) 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) 災害発生場所		
就業の場所 (ル) (災害時の通勤の種別がハに該当する場合は移動の終点たる就業の場所)		
就業開始の予定年月日及び時刻 (ワ) (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 頃	
住居を離れた年月日及び時刻 (ヰ) (災害時の通勤の種別がイ、ニ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 頃	
就業終了の年月日及び時刻 (カ) (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 頃	
就業の場所を離れた年月日及び時刻 (コ) (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 頃	
(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)		薬剤調製料 調剤管理料 (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受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、(へ)から(ヨ)まで、(ソ)及び(ツ)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並びに(へ)から(タ)まで、(ソ)及び(ツ)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。

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
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)	

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)、(ワ)、(カ)、(ヨ)及び(ソ))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
			() —