

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
※ 34265		1業 3通			1自 3勞 5他		

(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。
 一、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は該当事項を○で囲んでください。(ただし、⑤及び⑥欄並びに⑦及び⑧欄の元号については該当番号を記入枠に記入してください。)
 一、□□□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)で直接読取りを行うので、汚したり、穴をあけたり、必要以上に強く折り曲げたり、のりづけたりしないでください。

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
1男 3女	元号 年 月 日	元号 年 月 日
⑨労働者の氏名	⑭金融機関コード	⑮郵便局コード
住所	⑯郵便番号	職 種

新規・変更	⑯預金の種類	⑰口座番号 (左詰め、ゆうちょ銀行の場合は、記号(5桁)は左詰め、番号は右詰めで記入し、空欄は「0」を記入。)
振替口座 振込希望 金融機関 口座名義人	1普通 3当座	
	⑱	
	⑲	

⑨の者については、⑦並びに裏面(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 _____ 印 _____

(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)

(注意) 派遣労働者について、療養補償給付のみの請求がなされる場合にあつては、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。

医師証明欄

(イ)傷病名 _____

⑨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。

年月日 _____ 所在地 _____ 〒 - _____

病院又は診療所の名称 _____ 電話() - _____

診療担当者氏名 _____ 印 _____

訪問看護事業者の証明

⑨の者については、(ロ)及び⑳に記載したとおりであること及び(ロ)に記載した事項は _____ 医師の指示に基づくものであることを証明します。

年月日 _____ 所在地 _____ 〒 - _____

訪問看護事業者の名称 _____ 電話() - _____

訪問看護担当者 _____ 印 _____

療養の内容 (ロ)期間 年月日から 年月日まで 日間 訪問看護の日数 日

⑳療養に要した費用の額 (内訳裏面のとおりに。) _____ (ハ)療養の給付を受けなかった理由 _____

⑳訪問開始年月日 _____ ㉑訪問終了年月日 _____ ㉒実日数 _____

元号 年 月 日 元号 年 月 日

※ _____ から _____ まで _____ 日

上記により療養補償給付たる療養の費用の支給を請求します。

_____ 年 月 日 _____ 〒 - _____ 電話() - _____

請求人の _____ 住所 _____ (_____ 方) _____ 氏名 _____ 印 _____

労働基準監督署長 殿

※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(◀)の所を谷に折りさらに2つ折りにしてください。

様式第7号(5)(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	(ヘ) 災害発生の 職名 事実を確認 した者の 氏名
	午前 午後 時 分頃	
(ト) 災害の原因及び発生状況 (あ)どのような場所で(い)どのような作業をしているときに(う)どのような物又は環境に(え)どのような不安全な又は有害な状態があつて(お)どのような災害が発生したか(か)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

傷病の経過												
基本療養費	看護師等	円×	日	円	指示期間	年月日～年月日 / 年月日～年月日						
	准看護師	円×	日	円		(特別指示期間)	年月日～年月日 / 年月日～年月日					
	_____ 加算	円	_____ 加算	円	訪問日	1	2	3	4	5	6	7
	_____ 加算	円	_____ 加算	円		8	9	10	11	12	13	14
精神科基本療養費	円×	日	円	15		16	17	18	19	20	21	
_____ 加算	円	_____ 加算	円	22		23	24	25	26	27	28	
_____ 加算	円	_____ 加算	円	29	30	31						
管理療養費	初日	円	主治医への直近報告年月日									
_____ 加算	2日目以降	円	_____ 加算	円	年 月 日							
_____ 加算	_____ 加算	円	_____ 加算	円	提供した情報の概要							
情報提供療養費				円								
ターミナルケア療養費	死亡年月日	年 月 日	円	情報提供先の市(区)町村の名称								
合計				円								

- (注意) 1. 共通の注意事項
- (1) この請求書は、訪問看護事業者から訪問看護を受けた場合に提出すること。
 - (2) (二)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。
2. 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
- (1) ④は、記載する必要がないこと。
 - (2) (へ)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)を記載すること。
 - (3) (へ)及び(ト)は、第2回以後の請求の場合には記載する必要がないこと。
 - (4) 第2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。
3. 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
- (1) ③、⑥、⑦、(ホ)、(へ)及び(ト)は記載する必要がないこと。
 - (2) 事業主の証明は受ける必要がないこと。
4. 「療養の内訳及び金額」の各欄に書き切れない場合は、余白に記載するか、別紙を添付すること。

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。		
	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)			

表面の記入枠を訂正したときの訂正印欄	削字	字印	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
	加字			印 () -		