

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				

業務災害用
複数業務要因災害用

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(同一傷病病)

訪看

※ 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 3 通			1 自 3 勞 5 他	1 委 任 未 支 給 3 委 未 給 5 委 未	

(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、〇〇〇〇で表示された枠(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、のりづけしたりしないでください。
 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。)
 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。

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
⑧ 労働者の氏名	⑨ 労働者の住所	⑩ 労働者の職種

新規・変更	⑪ 預金の種類	⑫ 口座番号(左詰め)
振替の金融機関	1 普通 3 当座	
⑬ 振替の希望金融機関	メイギン(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1文字として記入してください。	
⑭ 口座名義人	(つぎ)メイギン(カタカナ)	

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 _____

(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。

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 _____

訪問看護事業者の証明

⑨の者については、(ロ)及び⑫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 _____

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
⑯ 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				
				(ハ) 療養の給付を受けなかった理由	

⑰ 訪問開始年月日 _____ から _____ まで _____ 日

⑱ 訪問終了年月日 _____

⑲ 実日数 _____

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。

年月日 _____ 〒 - _____ 電話() - _____

請求人の 住所 _____ (方)

氏名 _____

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。

(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) 職名
	午前 午後 時 分頃	災害発生の実を確認した者の氏名
(ト) 災害の原因及び発生状況 (あ)どのような場所での(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って(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	1 看護師等	円×	日	円	指示期間 (特別指示期間)	年 月 日～年 月 日 / 年 月 日～年 月 日						
	2 准看護師	円×	日	円		年 月 日～年 月 日 / 年 月 日～年 月 日						
	3 専門の研修を受けた看護師	円×	日	円	訪問日	1	2	3	4	5	6	7
	4 理学療法士等	円×	日	円		8	9	10	11	12	13	14
加算	円	加算	円	15		16	17	18	19	20	21	
加算	円	加算	円	22		23	24	25	26	27	28	
精神科基本療養費	1 看護師等	円×	日	円	主治医への直近報告年月日 年 月 日							
	2 作業療法士	円×	日	円	提供した情報の概要							
	3 准看護師	円×	日	円	情報提供先の名称							
	加算	円	加算	円								
管理療養費	初 日	円										
	2 日目以降	円	加算	円								
情報提供療養費	円											
ターミナルケア療養費	ターミナルケア療養費	円	加算	円	専門の研修	基本療養費	1 緩和ケア 2 褥瘡ケア 3 人工肛門・人工膀胱ケア					
死亡年月日	年 月 日					専門管理加算	1 緩和ケア 2 褥瘡ケア 3 人工肛門・人工膀胱ケア 4 特定行為 ()					
合計	円								手順書交付年月日	年 月 日	直近見直し年月日	年 月 日

(注意)

- 共通の注意事項
 - 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。
 - (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。
- 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。
 - (ヘ)は、災害発生の実事確認した者(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。
 - (ヘ)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。
 - 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。
- 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、(ホ)、(ヘ)及び(ト)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。
- 「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。
- 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。
- ④「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。
- 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でない限り、療養補償給付のみで請求されること。

④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(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() -
	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・事務代理者の表示	氏名	電話番号
			() -