

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-----|
| 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 | ヅ | ン | | |

訪看

| | | | | | | | |
|-----------|--------|-------|---------|---------|-------------------|-----------------------|---------|
| ※ 帳票種別 | ① 管轄局署 | ② 業通別 | ⑧ 受付年月日 | ⑩ 二者コード | ⑪ 委任未支給 | ⑫ 特別加入者 | ⑬ 審査コード |
| 3 4 2 6 5 | | 3 | | | 1 自 3 労 5 他 | 1 委任 3 未支給 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○で囲んでください。(ただし、⑤及び⑥欄並びに⑧及び⑦欄の元号については該番号を記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 |
| | | |
| ⑨ 労働者の氏名 | ⑭ 金融機関コード | ⑮ 郵便局コード |
| | | |
| 住所 | ⑲ 郵便番号 | 職 種 |
| | | |

| | | |
|--|--------------|--------|
| 新規・変更 | ⑯ 預金の種類 | ⑰ 口座番号 |
| 振替 銀行 振込 希望 口座 振替 振込 希望 口座 振替 振込 希望 口座 | 1 普通 3 当座 | |
| | ⑱ (つぎ) メイギニン | |
| | | |

⑧の者については、⑦並びに裏面の(チ) (通常の通勤の経路及び方法に限る。)、(リ)、(ヌ)、(ル)、(ヲ)、(カ)、(ヨ)及び(ソ)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) 1 事業主は、裏面の(チ)、(リ)及び(ヌ)については、知り得なかった場合には証明する必要がないので、知り得なかった事項の符号を消してください。
 2 派遣労働者について、療養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。

(イ) 傷病名 _____

⑧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 _____ 〒 - _____

年月日 _____ 診療所の名 _____ 電話() - _____

診療担当者氏名 _____

⑧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 _____ 〒 - _____

年月日 _____ 訪問看護事業者の名 _____ 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 |
| ⑳ 療養に要した費用の額 | (ハ) 療養の給付を受けなかった理由 | | | | |
| (内訳裏面のとおり。) | | | | | |

※ ⑳ 訪問開始年月日 _____ から ㉑ 訪問終了年月日 _____ まで ㉒ 実日数 _____ 日

1~9日は右へ 1~9日は右へ 1~9日は右へ 1~9日は右へ 1~9日は右へ 1~9日は右へ

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。

_____ 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。

| | | | |
|--|--|--|-------------------|
| (ニ) 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 | |
| (ホ) 労働者の 所属事業場の 名称・所在地 | (ヘ) 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 | (チ) 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ある場所に至った経路、方法、時間その他の状況 | |
| (ヌ) 災害発生場所 | | (チ) 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ある場所に至った経路、方法、時間その他の状況 | |
| (ル) 就業の場所 (災害時の通勤の種別がイ、ニ又はホに該当する場合は移動の終点たる就業の場所) | | | |
| (ヲ) 就業開始の予定年月日及び時刻 (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 | | |
| (ワ) 住居を離れた年月日及び時刻 (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 | | |
| (カ) 就業終了の年月日及び時刻 (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 | | |
| (コ) 就業の場所を離れた年月日及び時刻 (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

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

(注意)

- 共通の注意事項
 - この請求書は、訪問介護事業者から訪問介護を受けた場合に提出すること。
 - (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、(ヘ)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(ヘ)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。
- 「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。

| | |
|---|------------------------------------|
| ⑧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)(ヲ)(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() — |
| | 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 |
| | | | () — |