

義肢等補装具 購入修理 費用支給申請書

Table with Japanese characters for standard font reference, including numbers 0-9 and letters A-W.

○濁点、半濁点は一文字として書いてください。(例) カハ

※ 帳票種別

① 管轄局

Input fields for account type (37500) and jurisdiction (00).

② 労働保険番号 (府県所管管轄基幹番号枝番号) ③ 管轄局種別西暦年番号

④ 生年月日 (1明治3大昭和5平成7令和) ⑤ 負傷又は発病年月日 (5昭和7平成9令和) ※⑥ 受付年月日 (9令和)

⑦ シメイ (カタカナ) : 姓と名の間は1字あけて記入してください (ア) 障害(補償)等一時金の受領年月日

(ウ) 障害等級第 級第 号 (エ) 治ゆ年月日 (イ) 障害(補償)等年金又は傷病(補償)等年金の支給決定年月日

(オ) 傷病名 (カ) 障害の部位

修理又は交換箇所

⑧ 支給種目 (購入の場合は「1」修理の場合は「3」を記入してください) ⑨ 購修別 新規の場合は「1」継続の場合は「3」銘柄・容量変更の場合は「5」を記入してください ⑩ 新継別

Table listing various prosthetic and assistive devices with their corresponding codes (e.g., 0110 義肢(筋電電動義手を除く), 0210 上肢装具).

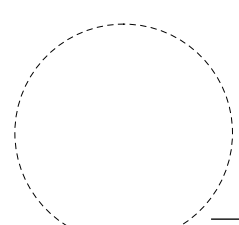
⑪ 義肢等補装具の名称 ⑫ 左右の別 ⑬ 数量 ⑭ き損年月日 (7平成9令和) ⑮ 前回受給年月日

希望補装具業者 名称 電話番号 () 郵便番号 住所

指導機関 名称

(注意) 1. 前回受給年月日については、義肢等補装具を受給した年月日を記入してください。 2. 業務上の事由又は通勤等により義肢等をき損したため申請する場合は、上記(ア)から(カ)までの事項は記入しないで裏面の「義肢のき損状況等に関する証明」に事業主の証明を受けてください。 3. 筋電電動義手の購入費用の支給申請をする場合(片側上肢切断者で就労中(休職中を含む。))又は就労予定を要件とする者に限る。)は「就労状況等に関する申立書」(様式第1号(2))を添付してください。 4. 介助用リフターの支給申請をする場合は、「介護人等の状況報告書」(様式第1号(3))を添付してください。 5. 複数の補装具を申請する場合は、別途申請書を提出してください。

上記により義肢等補装具費の支給を申請します。



年 月 日

申請者の

労働局長 殿

⑯ 郵便番号

Input field for postal code (0000-0000).

電話

局番

住所

() 方

氏名

印の欄は記入しないでください。(職員が記入します。)

折り返す場合は、のりをはりつけてください。

義肢等のき損状況等に関する証明

①義肢等き損年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

②職種 _____

③き損義肢等の種目 _____

④き損部位 _____

⑤き損の原因及び発生原因 _____

上記のとおり証明します。

(印)

事業主住所 _____

事業主氏名 _____

記 事 欄

就労状況等に関する申立書

令和 年 月 日

申請者 住所

氏名

私の就労状況等については、次のとおりです。
(以下の1～3のいずれか該当する番号を○で囲んでください。)

- 1 在職中(休職中を含みます。)です。
在職証明書等の写しを添付するか、次の事業場記載欄に事業主の証明を受けてください。

<p>【事業場記載欄】 申請者について、在職していることを証明します。 令和 年 月 日 事業の名称 事業場の所在地 事業主の氏名</p>
--

- 2 就職の内定をもらっています。(勤務開始時期: 年 月頃)
内定通知書等の写しを添付するか、次の事業場記載欄に事業主の証明を受けてください。

<p>【事業場記載欄】 申請者について、就職を内定し、月 日から採用予定としていることを証明します。 令和 年 月 日 事業の名称 事業場の所在地 事業主の氏名</p>

- 3 求職活動中です。
求職活動中であることが確認できる書類(「ハローワーク受付票の写し」、「公共職業訓練等受講証明書の写し」等)を添付するか、以下の項目について記載してください。

○ 主な求職活動の状況

.....
.....

介 護 人 等 の 状 況 報 告 書

1 介護人の状況について

(1) 氏 名

(2) 年 齢

(3) 申請者との続柄

2 家屋構造について

家屋の間取図（平面図）



- (注) 1 各部屋の広さ、廊下の幅及び段差（部屋と部屋、部屋と廊下等）の数値を記入してください。
- 2 床面の種類（畳、畳の上にじゅうたんなどを敷いたもの、板、コンクリート、板又はコンクリートの上にじゅうたんなどを敷いたもの、その他）を具体的に書いてください。

様式第7号

労働者災害補償保険
証 明 書

承認番号		
申請者の	住所	(〒)
	氏名	
義肢・装具の	種目	
	個数	
	製作年月日	
製作業者の	所在地	(〒)
	名称	

当院の採型指導により製作された上記義肢・装具は、本人に最も適合していることを証明します。

令和 年 月 日

(〒)

住 所

採型指導医

氏 名

義肢等補装具 購入 修理 費用 請求書

標準
字体

0	5	ア	カ	サ	ナ	ハ	マ	ヤ	ラ	ワ
1	6	イ	キ	シ	チ	ニ	ヒ	ミ	リ	ン
2	7	ウ	ク	ス	ツ	ヌ	フ	ム	ユ	ル
3	8	エ	ケ	セ	テ	ネ	ヘ	メ	レ	。
4	9	オ	コ	ソ	ト	ノ	ホ	モ	ロ	一

○濁点、半濁点は一文字として書いてください。(例) カ^ハハ[。]

帳票種別
37530

※①管轄局 ※②委任・未支給
3 未支給
7 義肢等補装具業者委任
8 未支給の義肢等補装具業者委任

※③受付年月日
9 令和

※④支給種目
※⑤金融機関コード

7 承認番号

8 請求金額 金額の頭に¥マークを付けてください。

※⑥郵便局コード

9 令和

9 令和

9 令和

金融機関名 店舗名 口座名義人

⑩預金種別 ⑪口座番号 ⑫預金通帳の記号番号

⑬口座名義人(カタカナ) : 姓と名の間は1文字あけてください

⑭口座名義人つづき(カタカナ) : 姓と名の間は1文字あけてください

ゆうちょ銀行の口座の場合は、口座名義人は30文字以内で記入してください。

⑮ 義肢等補装具の名称	単価	⑯ 数量	⑰ 金額 金額の頭に¥マークを付けてください	備考
	円			

義肢等補装具の製作・修理を行った業者

受取人情報 ⑲郵便番号 ⑳住所 ㉑名称・名前 ㉒受領年月日

委任状 私は、義肢等補装具製作者...を代理人と定め、私が、請求する表記の費用につき労災保険から支給される金額の受領を委任します。

上記により義肢等補装具の費用を請求します。 ⑲郵便番号 ㉑住所 ㉒氏名 請求人の 労働局長 殿

※印の欄は記入しないでください。(職員が記入します。)

◎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。

義肢等補装具 購入費用内訳書
修理
(殻構造義肢用)

① 殻構造義肢の等 名称・型式	ア. 名称					
	イ. 採型区分					
	ウ. 型式					
② 価格内訳	使用材料・部品、 型式等の種別	使用部品名	数量	単価 円	金額 円	備考
エ. 基本価格						
オ. ソケット						
カ. ソフトインサート						
キ. 支持部						
ク. 義手用ハーネス及 び義足懸垂用部品 並びに断端袋						
ケ. 外装						
コ. 完成用部品						
③ 合計金額	¥ _____					

- 注) 1 この内訳書は、殻構造義肢の購入又は修理に要した費用の請求の場合に、様式第8号(1)に添付すること。
- 2 使用材料・部品、型式等の種別は、告示別表の1(1)又は告示別表の3(1)により記入すること。
- 3 使用部品名は、コ.完成用部品についてのみ、「補装具の種目、購入等に要する費用の額の算定等に関する基準に係る完成用部品」の「殻構造義肢」により記入すること。
- 4 備考欄には、加算又は減額がある場合にその旨と加減額を記入し、金額欄には加減額を含めた金額を記入すること。

義肢等補装具 購入 費用内訳書
修理

(骨格構造義肢用)

① 骨格構造義肢の 名称・型式等	ア. 名称					
	イ. 採型区分					
	ウ. 型式					
② 価格内訳	使用材料・部品、 型式等の種別	使用部品名	数量	単価 円	金額 円	備考
エ. 基本価格						
オ. ソケット						
カ. ソフトインサート						
キ. 支持部						
ク. 義手用ハーネス及 び義足懸垂用部品 並びに断端袋						
ケ. 外装						
コ. 完成用部品						
③ 合計金額				¥ _____		

- 注) 1 この内訳書は、骨格構造義肢の購入又は修理に要した費用の請求の場合に、様式第8号(1)に添付すること。
- 2 使用材料・部品、型式等の種別は、告示別表の1(2)又は告示別表の3(2)により記入すること。
- 3 使用部品名は、コ.完成用部品についてのみ、「補装具の種目、購入等に要する費用の額の算定等に関する基準に係る完成用部品」の「骨格構造義肢」により記入すること。
- 4 備考欄には、加算又は減額がある場合にその旨と加減額を記入し、金額欄には加減額を含めた金額を記入すること。

義肢等補装具 購入 費用内訳書
修理

(上肢装具、下肢装具及び体幹装具用)

① 装具の区分、名称等	ア. 区 分					
	イ. 名 称					
	ウ. 採型区分	採型・採寸				
② 価 格 内 訳	名称、種類等の種別	使用部品名	数量	単 価 円	金 額 円	備 考
エ. 基 本 価 格						
オ. 本 体 価 格 (レディメイドの場合)						
カ. 継 手						
キ. 支 持 部						
ク. その他の加算要素						
ケ. 完 成 用 部 品						
③ 合 計 金 額				¥		

- 注) 1 この内訳書は、装具の購入又は修理に要した費用の請求の場合に、様式第8号(1)に添付すること。
 2 名称、種類等の種別は、告示別表の1(3)、(4)又は告示別表の3(3)、(4)により記入すること。
 3 使用部品名は、ケ.完成用部品についてのみ、「補装具の種目、購入等に要する費用の額の算定等に関する基準に係る完成用部品」の「装具」により記入すること。
 4 備考欄には、加算又は減額がある場合にその旨と加減額を記入し、金額欄には加減額を含めた金額を記入すること。

義肢等補装具 購入 費用内訳書
修理
(靴型装具用)

① 装具の区分、名称等	ア. 区分					
	イ. 名称					
	ウ. 採型区分	採型・採寸				
② 価格内訳	名称、種類等の種別	使用部品名	数量	単価 円	金額 円	備考
エ. 基本価格						
オ. 本体価格 (レディメイドの場合)						
カ. 患足						
キ. 健足						
ク. 付属品等の加算要素						
ケ. 完成用部品						
③ 合計金額				¥	_____	

- 注) 1 この内訳書は、装具の購入又は修理に要した費用の請求の場合に、様式第8号(1)に添付すること。
 2 名称、種類等の種別は、告示別表の1(3)、(4)又は告示別表の3(3)、(4)により記入すること。
 3 使用部品名は、ケ.完成用部品についてのみ、「補装具の種目、購入等に要する費用の額の算定等に関する基準に係る完成用部品」の「装具」により記入すること。
 4 備考欄には、加算又は減額がある場合にその旨と加減額を記入し、金額欄には加減額を含めた金額を記入すること。

義肢等補装具 購入 費用内訳書
 修理
 (姿勢保持装置用)

① 価格内訳	身体部位、名称及び種類等の種別	使用部品名	数量	単価 円	金額 円	備考
ア. 基本価格						
イ. 支持部						
ウ. 支持部の連絡						
エ. 構造フレーム						
オ. 付属品						
カ. 調節機構						
キ. 完成用部品						
② 合計金額	¥ _____					

- 注) 1 この内訳書は、装具の購入又は修理に要した費用の請求の場合に、様式第8号(1)に添付すること。
 2 身体部位、名称及び種類等の種別は、告示別表の1(5)又は告示別表の3(5)により記入すること。
 3 使用部品名は、キ.完成用部品についてのみ、「補装具の種目、購入等に要する費用の額の算定等に関する基準に係る完成用部品」の「姿勢保持装置」により記入すること。
 4 備考欄には、加算又は減額がある場合にその旨と加減額を記入し、金額欄には加減額を含めた金額を記入すること。

義肢等補装具 購入 費用内訳書
修理
(車椅子用)

① ア. 車椅子の型式						
② 価格内訳	名称、種類等の種別	使用部品名	数量	単価 円	金額 円	備考
イ. 基本価格						
ウ. 本体価格						
エ. 機構加算						
オ. 構造部品加算						
カ. 付属品						
③ 合計金額	¥ _____					

- 注) 1 この内訳書は、車椅子の購入又は修理に要した費用の請求の場合に、様式第8号(1)に添付すること。
 2 名称、種類等の種別は、告示別表の1(6)又は告示別表の3(6)により記入すること。
 3 使用部品名について、カ.付属品で姿勢保持装置の完成用部品を使用する場合、「補装具の種目、購入等に要する費用の額の算定等に関する基準に係る完成用部品」の「姿勢保持装置」により記入すること。
 4 備考欄には、加算又は減額がある場合にその旨と加減額を記入し、金額欄には加減額を含めた金額を記入すること。

義肢等補装具 購入 費用内訳書
修理
(電動車椅子用)

① 電動車椅子の 名称、型式	ア. 名称					
	イ. 型式					
② 価格内訳	名称、種類等の種別	使用部品名	数量	単価 円	金額 円	備考
ウ. 基本価格						
エ. 本体価格						
オ. 機構加算						
カ. 構造部品加算						
キ. 付属品						
③ 合計金額	¥ _____					

- 注) 1 この内訳書は、電動車椅子の購入又は修理に要した費用の請求の場合に、様式第8号(1)に添付すること。
- 2 名称、種類等の種別は、告示別表の1(7)又は告示別表の3(7)により記入すること。
- 3 使用部品名について、キ.付属品で姿勢保持装置の完成用部品を使用する場合、「補装具の種目、購入等に要する費用の額の算定等に関する基準に係る完成用部品」の「姿勢保持装置」により記入すること。
- 4 備考欄には、加算又は減額がある場合にその旨と加減額を記入し、金額欄には加減額を含めた金額を記入すること。

義肢採型指導料請求書

標準
字体

0	5	ア	カ	サ	タ	ナ	ハ	マ	ヤ	ラ	ワ
1	6	イ	キ	シ	チ	ニ	ヒ	ミ	リ	ン	
2	7	ウ	ク	ス	ツ	ヌ	フ	ム	ユ	ル	ハ
3	8	エ	ケ	セ	テ	ネ	ヘ	メ	レ	。	
4	9	オ	コ	ソ	ト	ノ	ホ	モ	ヨ	ロ	ー

○濁点、半濁点
は一文字とし
て書いてくだ
さい。
(例)

カ^ハハ[。]

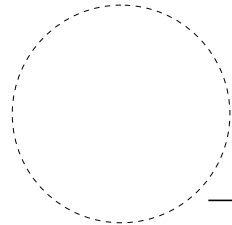
※印の欄は記入しないでください。(職員が記入します。)

帳票種別 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">37570</div>		※①管轄局 <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>		※②受付年月日 元号 年 月 日 9 令和 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>				※③金融機関コード <table border="1" style="width: 100%; text-align: center; font-size: small;"> <tr> <td colspan="2">金融機関</td> <td colspan="2">店舗</td> </tr> <tr> <td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td> <td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td> </tr> <tr> <td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td> <td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td> </tr> </table>				金融機関		店舗									
金融機関		店舗																					
④承認番号 <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>		⑤請求金額 金額の頭に¥マークを付けてください。 千 万 百 万 十 万 万 千 百 十 円 <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>				⑥指定医療機関番号 <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>																	
指定医療機関 支払先情報		金融機関名 店舗名 ⑨口座名義人		⑦預金の種類 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>		⑧口座番号 <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>																	
		⑩金融機関コード <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>																					
支払先情報 (指定医療機関支払先情報と異なる口座への振込を希望する場合、記入してください。)		金融機関名 銀行・金庫 農協・漁協 信組		店舗名 本店・本所 出張所 支店・支所		口座名義人																	
		⑪預金の種類 <input type="checkbox"/> 1 普通 <input type="checkbox"/> 3 当座		⑫口座番号 <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>																			
		⑬口座名義人(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。 <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>																					
		⑭口座名義人つづき(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。 <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>																					
義肢採型指導	点数		金額 千 円				摘要																
申請者	病院名 _____																						
	郵便番号 _____																						
	住所 _____																						
氏名 _____																							
義肢・器具	種目 _____										⑮採型指導年月日 元号 年 月 日 7 平成 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> 9 令和 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>												
	個数 _____																						
製作業者	郵便番号 _____		電話番号 _____																				
	住所 _____																						
	名称 _____																						
※⑯その他番号 _____																							

◎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。

上記により義肢採型指導料を請求します。

郵便番号



年 月 日

請求人の

労働局長 殿

住所

名称・氏名

義肢等補装具旅費支給申請書

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
37600

※①管轄局 ※②未支給 ※⑩金融機関コード

金融機関 店舗

※③受付年月日 ※⑬郵便局コード

9 令和

④概算・精算の別

1 概算払い
2 精算払い

⑤請求金額 金額の頭に¥マークを付けてください。

千万 百万 十万 万 千 百 十 円

(旅費の内訳を裏面に記入してください。)

⑥承認番号

(承認番号を1つ記入してください。わからない場合は、記入不要です。複数ある場合は、承認番号欄の右余白部分に記入してください。)

⑦預金の種類

1 普通
3 当座

⑧口座番号

⑨預金通帳の記号番号：番号に空欄ができる場合は「0」を記入してください。

記号 番号 (右ツメ)

⑩口座名義人(カタカナ) : 姓と名の間は1文字あけてください。濁点・半濁点は1文字として記入してください。

⑪口座名義人つづき(カタカナ) : 姓と名の間は1文字あけてください。濁点・半濁点は1文字として記入してください。

ゆうちょ銀行の口座の場合、口座名義人は30文字以内で記入してください。

⑭旅行期間初日

元号 年 月 日

7 平成
9 令和

⑮旅行期間末日

元号 年 月 日

7 平成
9 令和

⑯旅行回数

回

⑰旅行事由

1 義肢、装具、姿勢保持装置、車椅子、電動車椅子、かつらの採型・装着
2 筋電電動義手に係る装着訓練、試用装着期間における指導等及び適合判定
3 能動式義手に係る装着訓練
4 義眼の装嵌
5 コンタクトレンズ、浣腸器付排便剤の購入費用の支給に係る検査
6 人工内耳用音声信号処理装置の修理

事実証明 (概算払いを受ける場合は、記入不要です。)

下記申請者が、当医療機関(施設)において、 年 月 日より 年 月 日まで、

1. 義肢、装具、姿勢保持装置、車椅子、電動車椅子、かつらの採型・装着 2. 筋電電動義手に係る装着訓練、試用装着期間における指導等及び適合判定 3. 能動式義手に係る装着訓練 4. 義眼の装嵌 5. コンタクトレンズ、浣腸器付排便剤の購入費用の支給に係る検査 6. 人工内耳用音声信号処理装置の修理 (該当に○) を行ったことを証明します。

年 月 日 電話番号 局番

住 所

医療機関又は施設名

氏 名

義肢等補装具旅費の支給を受けたいので、上記のとおり申請します。

⑱郵便番号

電話 局番

年 月 日

申請者の (方)

フリガナ

⑲住所

⑳氏名

労働局長 殿

※印の欄は記入しないでください。(職員が記入します。)

◎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11号（表面）

労働者災害補償保険
義肢等補装具旅費精算申請書

.....労働局長 殿

義肢等補装具旅費の精算をしたいので、下記のとおり申請します。

令和.....年.....月.....日

(〒.....)

住 所

申請者 の 電話番号 (.....) -

氏 名

1 承認書番号 No.

2 旅 費円 (内訳を裏面に記入してください。)

事実証明	上記申請者が、当医療機関（施設）において、令和.....年.....月.....日より令和.....年.....月.....日まで、1. 義肢、装具、姿勢保持装置、車椅子、電動車椅子、かつらの採型・装着 2. 筋電電動義手に係る装着訓練、試用装着期間における指導等及び適合判定 3. 能動式義手に係る装着訓練 4. 義眼の装嵌 5. コンタクトレンズ、浣腸器付排便剤の購入費用の支給に係る検査、6. 人工内耳用音声信号処理装置の修理（該当に○）を行ったことを証明します。			
	令和.....年.....月.....日 住 所 <p>電話番号 (.....) -</p> <p>医療機関又は施設名</p> <p>氏 名</p>			
振り込みを希望する金融機関の名称	銀行・金庫	本店・本所	預金の種類	普通・当座
	農協・漁協	出張所	口座番号	
	信組	支店・支所	口座名義人	

〇 〇 労 働 局 長 殿

労働者災害補償保険
筋電電動義手の装着訓練等及び適合判定実施
医療機関に係る届出書

下記医療機関を義肢等補装具費支給制度における筋電電動義手の装着訓練及び試用装着期間における指導等並びに適合判定を実施する医療機関として届出します。

医 療 機 関	名 称	
	所在地	
	郵便番号	—
	電話番号	— —
	添付資料	別紙のとおり

開設者 住所 _____
氏名 _____

〇 〇 労 働 局 長 殿

労働者災害補償保険
筋電電動義手の装着訓練等及び適合判定実施
医療機関に係る変更届出書

下記医療機関について、令和 年 月 日付け「筋電電動義手の装着訓練等及び適合判定実施医療機関に係る届出書」の内容を変更したので届出します。

医 療 機 関	<input type="checkbox"/> 名 称	
	<input type="checkbox"/> 所在地	
	<input type="checkbox"/> 郵便番号	—
	<input type="checkbox"/> 電話番号	— —
	<input type="checkbox"/> 添付資料	別紙のとおり

※ 変更する事項の に、「レ」を記入する。

住 所 _____
開 設 者 _____
氏 名 _____

0	5	ア	カ	サ	タ	ナ	ハ	マ	ヤ	ラ	ワ
1	6	イ	キ	シ	チ	ニ	ヒ	ミ	リ	ン	
2	7	ウ	ク	ス	ツ	ヌ	フ	ム	ユ	ル	ハ
3	8	エ	ケ	セ	テ	ネ	ヘ	メ	レ	。	
4	9	オ	コ	ソ	ト	ノ	ホ	モ	ロ	一	

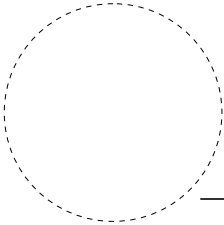
○濁点、半濁点
は1文字とし
て書いてくだ
さい。
(例)
カ「ハ」。

症状回答料請求書

帳票種別 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 3 7 5 8 0 </div>		※①管轄局 <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 60px; height: 25px;"></div>						※②受付年月日 元号 年 月 日 9令和 <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 60px; height: 25px;"></div>						※③金融機関コード 金 融 機 関 店 舗 <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 60px; height: 25px;"></div>					
④申請受付番号 <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 250px; height: 25px;"></div>		⑤請求金額 金額の頭に¥マークを付けてください。 千 万 百 万 十 万 万 千 百 十 円 <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 150px; height: 25px;"></div>						⑥指定医療機関番号 <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 25px;"></div>											
指定医療機関 支払先情報		金融機関名						⑦預金の種類		⑧口座番号									
		店舗名						<input type="text"/>		<input type="text"/>									
支払先情報		⑨口座名義人						<input type="text"/>		⑩金融機関コード <input type="text"/>									
		以下に挙げる条件に該当する場合は、記入してください。 (1) 指定医療機関であり、指定医療機関支払先情報と異なる口座への振入を希望する場合 (2) 指定医療機関以外の場合 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; text-align: center;">金融機関名</td> <td style="width: 35%; text-align: center;">店舗名</td> <td style="width: 35%; text-align: center;">口座名義人</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><small>銀行・金庫 農協・漁協 信組</small></td> <td style="text-align: center;"><small>本店・本所 出張所 支店・支所</small></td> <td></td> </tr> </table>										金融機関名	店舗名	口座名義人	<small>銀行・金庫 農協・漁協 信組</small>	<small>本店・本所 出張所 支店・支所</small>			
金融機関名	店舗名	口座名義人																	
<small>銀行・金庫 農協・漁協 信組</small>	<small>本店・本所 出張所 支店・支所</small>																		
		⑪預金の種類 ⑫口座番号 <input type="checkbox"/> 1 普通 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																	
		⑬口座名義人(カタカナ) : 姓と名の間は1文字あけてください。濁点・半濁点は1文字として記入してください。 <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 150px; height: 25px;"></div>																	
		⑭口座名義人つづき(カタカナ) : 姓と名の間は1文字あけてください。濁点・半濁点は1文字として記入してください。 <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 150px; height: 25px;"></div>																	
症状回答・ 検査診断	点数		金額				摘要												
			千		円														
	病院名																		
申 請 者	郵便番号																		
	住所																		
	氏名																		
義 肢 ・ 装 具	種目						⑮症状回答年月日 元号 年 月 日												
	個数						7 平成 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 9 令和 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>												
※⑯その他番号																			

※印の欄は記入しないでください。(職員が記入します。)
◎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。

上記により症状回答料を請求します。



年 月 日
請求人の
労働局長 殿

⑰郵便番号
 -
⑱住所

⑲名称・氏名

意見書回答料請求書

標準
字体

0	5	ア	カ	サ	タ	ナ	ハ	マ	ヤ	ラ	ワ
1	6	イ	キ	シ	チ	ニ	ヒ	ミ	リ	ン	
2	7	ウ	ク	ス	ツ	ヌ	フ	ム	ユ	ル	ハ
3	8	エ	ケ	セ	テ	ネ	ヘ	メ	レ	。	
4	9	オ	コ	ソ	ト	ノ	ホ	モ	ヨ	ロ	ー

○濁点、半濁点
は一文字として
書いてください。
(例)
カ[〃]ハ[〃]。

帳票種別
37640

※①管轄局 ※②受付年月日 ※③支払先コード ※④金融機関コード

元号 年 月 日 1 指定医療機関
3 非指定医療機関
5 補装具業者

金融機関 店舗

⑤旅費申請受付番号 ⑥請求金額 金額の頭に¥マークを付けてください。 ⑦指定医療機関番号

方 千 百 十 円

指定医療機関
支払先情報

金融機関名 ⑧預金の種類 ⑨口座番号

店舗名

⑩口座名義人 ⑪金融機関コード

以下に挙げる条件に該当する場合は、記入してください。

(1) 指定医療機関であり、指定医療機関支払先情報と異なる口座への振込を希望する場合
(2) 指定医療機関以外の場合

金融機関名 店舗名 口座名義人

銀行・金庫 本店・本所
農協・漁協 出張所
信組 支店・支所

⑫預金の種類 ⑬口座番号

1 普通 3 当座

⑭口座名義人（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。

⑮口座名義人つづき（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。

申 郵便番号
請 住所
者 氏名

旅行事由 ⑩意見書回答年月日

元号 年 月 日

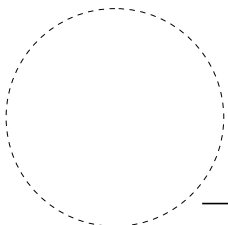
7 平成 9 令和

※⑯その他番号

※印の欄は記入しないでください。(職員が記入します。)

◎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。

上記により意見書回答料を請求します。



年 月 日

請求人の

労働局長 殿

⑱郵便番号

□□□□ - □□□□

⑲住所

⑳名称・氏名