

様式第7号(4)(表面) 労働者災害補償保険

業務災害用
複数業務要因災害用

第回

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(同一傷病分)

標準字体	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	“	”	一									
アイウエオカキクケコサシスセソタチツテトナニヌ	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フン	ネ	ノ	ハ	ヒ	フ	ヘ	ホ	マ	ミ	ム	メ	モ	ヤ	ユ	ヨ	ラ	リ	ル	レ	ロ	フ	ン

はり
きゅう

※ 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
 34263 1業
 3通 1元号 1月 1日 1自 1委任
 3労 3未支給
 5仙 7はり師

⑤労働者の性別 1 男 3 女	⑥労働者の生年月日 元号 年 月 日	⑦負傷又は発病年月日 元号 年 月 日	※⑭金融機関コード 金 機 関 店 舗
	1~9年は右→ 1~9月は右→ 1~9日は右→	1~9年は右→ 1~9月は右→ 1~9日は右→	

記入枠は空欄のない
入力用です。

労働者 氏名	() 歳	職種
の	⑧ 郵便番号	住所

角元 (1)

⑨の者については、⑦並びに裏面の(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　　主　　二

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賃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實と相違ない旨裏面に記載してください。

あ・ん・は・ま・り・マ・
⑨の者については、(イ)から(ハ)まで及び⑩に記載したとおりであることを証明します。 〒 -
年 月 日 施術所の名稱 電話() -
住 所
氏 名

ツ サ ー き ジ ゅ	療養の内容	(イ) 期間	年 月 日	から	年 月 日	まで	日間	施術実日数	日
	(ロ) 傷病の部位及び傷病名								

指 圧 う 師 （ハ）	傷病の経過の 概 要					
		年	月	日	治癒（症状固定）・継続中・転医・中止	

の 証 明	②指定・指名番号									
	府	県	種別	一	連	番	号			

②療養に要した費用の額(内訳別紙のとおり。)

千	百	十	円
万	千	百	円
十	万	千	円
百	万	百	円
千	万	万	円
万	千	千	円
十万	万	万	円
百万	千	千	円
千万	百	百	円

※ ②②療養期間の初日 元号 年 月 日 から ②③療養期間の末日 元号 年 月 日 まで ②④施術実日数 ②⑤転帰事由

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

〒 - 電話() -

住所 ()

勞動基準監督署長 殿

1. **What is the primary purpose of the study?**

(注意) 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出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、記載すべき事項のない欄は記入枠は、空欄のままで、事項を選択する場合に該当事項をで囲んでください。(ただし、⑤及び⑯欄並びに⑥及び⑦欄の元号については該当事項を記入枠に記入してください。)
二、記入枠といふは、光式手文字読取装置(OCR)で直接読み取りを行うので、汚したり、穴を開けたり、必要以上に強く折り曲げたり、のりつ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。

折り曲げる壊れ物の所を折りたたむ折りたたんで

労働者の (二) 所属事業場の 名称・所在地	(ホ) 負傷又は発病の時刻			(ヘ) 職名 災害発生の 事実を確認 した者 氏名
	午	前	時 分頃	

(ト) 災害の原因及び発生状況 (ア) どのような場所で(イ) どのような作業をしているときに(ウ) どのような物又は環境に(エ) どのような不安全な又は有害な状態
があつて(オ) どのような災害が発生したか(カ) 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。

(注 意)

1、共通の注意事項

- (1) この請求書は、あん摩マッサージ指圧師・はり師・きゅう師から施術を受けた場合に提出すること。
(2) マッサージの施術を受けた者は、初療の日及び初療の日から6か月を経過した日並びに6か月を経過した日以降3か月ごとの請求書に、医師の診断書を添えること。
(3) はり・きゅうの施術を受けた者は、初療の日及び初療の日から6か月を経過した日の請求書に、医師の診断書を添えること。また、初療の日から9か月を経過する場合は、はり師又はきゅう師の意見書及び症状経過表、更に医師の診断書、意見書を添えること。
(4) 事項を選択する場合には、該当する事項を○で囲むこと。
(5) (2)は、受療者の直営又は子会社の事業場又は直営店の販売店が受けている場合には、受療者が直接居所又は店舗、工事現場等を記載すること。

(5) (2)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・工事場等の場合は、(2)の規定による被扶養者手当の支給額に、被扶養者の扶養手当の額を加算する。

- (1) ④は記載する必要がないこと

- (2) (イ) は、災害先生の争点を確認した有(確認した有が多数あることは最初に)

- (3) (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。

(4) 第2回以後の請求が離職後である場合には争主の証明は交付する必要はない。

- 3、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

- (1) ③、⑥、⑦及び(赤)から(ト)まで
(2) 事業主の証明は受はる必要がないこと

4. 御歟業者徴収者差益給付の請求書と差益補償給付の支給決定がなされた場合、漏って請求されなかつたものとみなすこと

「その辺は業者の方に直接お問い合わせください」として取り扱うこと

6、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な疾病以外は、療養補償給付のみで請求されることがあること。

⑥その他就業先の有無	
有 無	有の場合のその数 (ただし表面の事業場を含まない)
	社 会 保 険 事 務 組 合 又 は 特 別 加 入 団 体 の 名 称
有の場合で いざれかの 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)	加入年月日
	年 月 日
劳 働 保 险 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及び(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。					
	年	月	日	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 主 記	作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示	氏名	電話番号
		() -	

療養の内訳及び金額