

※ 帳票種別	① 管轄局署	② 業通別	⑧ 受付年月日 元 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		3 1業 3 3通		1 自 3 労 5 他	1 委任 3 未支給 7 はり師		

(注意)

- 一、記載すべき事項のない欄又は記入枠は、空欄のままにし、事項を選択する場合は、この「**○**」を記入してください。
- 二、**○**で表示された枠（以下、**記入枠**という）に記入する文字は、**光文字式光読取装置（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、のりつけたりしないでください。
- 三、**記入枠**の部分は、必ず黒のボールペンを使用して、**様式右上に印刷された「標準字体」**にならうて、枠からはみださないように大きめのカタカナ及びアルファベットで明瞭に記入してください。
- 四、記載すべき事項のない欄又は記入枠は、空欄のままにし、事項を選択する場合は、この「**○**」を記入してください。

③ 労働保険番号										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										※⑭ 金融機関コード									
⑧ 労働者の氏名										⑨ 労働者の住所										⑩ 郵便番号										⑪ 職種									
⑫ 労働者の性別										⑬ 労働者の生年月日										⑭ 負傷又は発病年月日										⑮ 金融機関コード									
⑯ 労働者の氏名										⑰ 労働者の住所										⑱ 郵便番号										⑲ 職種									
⑳ 労働者の性別										㉑ 労働者の生年月日										㉒ 負傷又は発病年月日										㉓ 金融機関コード									
㉔ 労働者の氏名										㉕ 労働者の住所										㉖ 郵便番号										㉗ 職種									
㉘ 労働者の性別										㉙ 労働者の生年月日										㉚ 負傷又は発病年月日										㉛ 金融機関コード									
㉜ 労働者の氏名										㉝ 労働者の住所										㉞ 郵便番号										㉟ 職種									
㊱ 労働者の性別										㊲ 労働者の生年月日										㊳ 負傷又は発病年月日										㊴ 金融機関コード									
㊵ 労働者の氏名										㊶ 労働者の住所										㊷ 郵便番号										㊸ 職種									
㊹ 労働者の性別										㊺ 労働者の生年月日										㊻ 負傷又は発病年月日										㊼ 金融機関コード									
㊽ 労働者の氏名										㊾ 労働者の住所										㊿ 郵便番号										㋀ 職種									
㋁ 労働者の性別										㋂ 労働者の生年月日										㋃ 負傷又は発病年月日										㋄ 金融機関コード									
㋅ 労働者の氏名										㋆ 労働者の住所										㋇ 郵便番号										㋈ 職種									
㋉ 労働者の性別										㋊ 労働者の生年月日										㋋ 負傷又は発病年月日										㋌ 金融機関コード									
㋍ 労働者の氏名										㋎ 労働者の住所										㋏ 郵便番号										㋐ 職種									
㋑ 労働者の性別										㋒ 労働者の生年月日										㋓ 負傷又は発病年月日										㋔ 金融機関コード									
㋕ 労働者の氏名										㋖ 労働者の住所										㋗ 郵便番号										㋘ 職種									
㋙ 労働者の性別										㋚ 労働者の生年月日										㋛ 負傷又は発病年月日										㋜ 金融機関コード									
㋝ 労働者の氏名										㋞ 労働者の住所										㋟ 郵便番号										㋠ 職種									
㋡ 労働者の性別										㋢ 労働者の生年月日										㋣ 負傷又は発病年月日										㋤ 金融機関コード									
㋥ 労働者の氏名										㋦ 労働者の住所										㋧ 郵便番号										㋨ 職種									
㋩ 労働者の性別										㋪ 労働者の生年月日										㋫ 負傷又は発病年月日										㋬ 金融機関コード									
㋭ 労働者の氏名										㋮ 労働者の住所										㋯ 郵便番号										㋰ 職種									
㋱ 労働者の性別										㋲ 労働者の生年月日										㋳ 負傷又は発病年月日										㋴ 金融機関コード									
㋵ 労働者の氏名										㋶ 労働者の住所										㋷ 郵便番号										㋸ 職種									
㋹ 労働者の性別										㋺ 労働者の生年月日										㋻ 負傷又は発病年月日										㋼ 金融機関コード									
㋽ 労働者の氏名										㋾ 労働者の住所										㋿ 郵便番号										㌀ 職種									
㌁ 労働者の性別										㌂ 労働者の生年月日										㌃ 負傷又は発病年月日										㌄ 金融機関コード									
㌅ 労働者の氏名										㌆ 労働者の住所										㌇ 郵便番号										㌈ 職種									
㌉ 労働者の性別										㌊ 労働者の生年月日										㌋ 負傷又は発病年月日										㌌ 金融機関コード									
㌍ 労働者の氏名										㌎ 労働者の住所										㌏ 郵便番号										㌐ 職種									
㌑ 労働者の性別										㌒ 労働者の生年月日										㌓ 負傷又は発病年月日										㌔ 金融機関コード									
㌕ 労働者の氏名										㌖ 労働者の住所										㌗ 郵便番号										㌘ 職種									
㌙ 労働者の性別										㌚ 労働者の生年月日										㌛ 負傷又は発病年月日										㌜ 金融機関コード									
㌝ 労働者の氏名										㌞ 労働者の住所										㌟ 郵便番号										㌠ 職種									
㌡ 労働者の性別										㌢ 労働者の生年月日										㌣ 負傷又は発病年月日										㌤ 金融機関コード									
㌥ 労働者の氏名										㌦ 労働者の住所										㌧ 郵便番号										㌨ 職種									
㌩ 労働者の性別										㌪ 労働者の生年月日										㌫ 負傷又は発病年月日										㌬ 金融機関コード									
㌭ 労働者の氏名										㌮ 労働者の住所										㌯ 郵便番号										㌰ 職種									
㌱ 労働者の性別										㌲ 労働者の生年月日										㌳ 負傷又は発病年月日										㌴ 金融機関コード									
㌵ 労働者の氏名										㌶ 労働者の住所										㌷ 郵便番号										㌸ 職種									
㌹ 労働者の性別										㌺ 労働者の生年月日										㌻ 負傷又は発病年月日										㌼ 金融機関コード									
㌽ 労働者の氏名										㌾ 労働者の住所										㌿ 郵便番号										㍀ 職種									
㍁ 労働者の性別										㍂ 労働者の生年月日										㍃ 負傷又は発病年月日										㍄ 金融機関コード									
㍅ 労働者の氏名										㍆ 労働者の住所										㍇ 郵便番号										㍈ 職種									
㍉ 労働者の性別										㍊ 労働者の生年月日										㍋ 負傷又は発病年月日										㍌ 金融機関コード									
㍍ 労働者の氏名										㍎ 労働者の住所										㍇ 郵便番号										㍈ 職種									
㍉ 労働者の性別										㍊ 労働者の生年月日										㍋ 負傷又は発病年月日										㍌ 金融機関コード									
㍍ 労働者の氏名										㍎ 労働者の住所										㍇ 郵便番号										㍈ 職種									
㍉ 労働者の性別										㍊ 労働者の生年月日										㍋ 負傷又は発病年月日										㍌ 金融機関コード									
㍍ 労働者の氏名										㍎ 労働者の住所										㍇ 郵便番号										㍈ 職種									
㍉ 労働者の性別										㍊ 労働者の生年月日										㍋ 負傷又は発病年月日										㍌ 金融機関コード									
㍍ 労働者の氏名										㍎ 労働者の住所										㍇ 郵便番号										㍈ 職種									
㍉ 労働者の性別										㍊ 労働者の生年月日										㍋ 負傷又は発病年月日										㍌ 金融機関コード									
㍍ 労働者の氏名										㍎ 労働者の住所										㍇ 郵便番号										㍈ 職種									
㍉ 労働者の性別										㍊ 労働者の生年月日										㍋ 負傷又は発病年月日										㍌ 金融機関コード									
㍍ 労働者の氏名										㍎ 労働者の住所										㍇ 郵便番号																			

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(▲)の所を各に折りながら2つ折りにしてください。

年 月 日

請求人の

労働基準監督署長 殿

〒 _____ 電話 (_____) _____
住所 (_____) _____ 方)

氏名 _____

(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際に住居又は就業の場所から災害発生場所に至った経路、方法、時間その他の状況		
(ヌ) 災害発生場所						
(ル) 就業の場所 (災害時の通勤の種別がイ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				
(タ) 第三者行為災害		該当する・該当しない				
(チ) 健康保険日雇特例被保険者手帳の記号及び番号						
(ソ) 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	(通常の移動の所要時間 時間 分)		

(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並びに医師の診断書及び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) (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。

(6) (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。
- 2、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
- (1) ④は、記載する必要がないこと。

(2) 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。
- 3、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
- (1) 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。

(2) 事業主の証明は受ける必要がないこと。

⑤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)	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)
	社	労働保険事務組合又は特別加入団体の名称
労働保険番号(特別加入)		加入年月日
		年 月 日

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() —
	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)		

委任状	
私は、あん摩マッサージ指圧師・はり師・きゅう師 _____ を代理人と定め、私が、請求する表記療養の費用につき労災保険から給付される金額の受領を委任します。	
年 月 日	委任者の住所 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
			() —

療 養 の 内 訳 及 び 金 額

種		別		金 額																													
初検料 1 はり 2 きゅう 3 はり・きゅう併用		初 検 年 月 日		加 算 料 金																													
		年 月 日 時 頃		時間外・休日	円																												
施 術 料	はり・きゅう		施 術 の 種 類		1 術 回	2 術 回																											
	通 所				円× 回＝	円																											
	訪 問 施 術 料 1				円× 回＝	円																											
	訪 問 施 術 料 2				円× 回＝	円																											
	訪 問 施 術 料 3（3人～9人）				円× 回＝	円																											
	訪 問 施 術 料 3（10人以上）				円× 回＝	円																											
	電 療 料 加 算 （1.電気針 2.電気温灸器 3.電気光線器具）				円× 回＝	円																											
	特 別 地 域 加 算				円× 回＝	円																											
	マッサージ																																
	通 所				円× 回＝	円																											
	訪 問 施 術 料 1				円× 回＝	円																											
	訪 問 施 術 料 2				円× 回＝	円																											
	訪 問 施 術 料 3（3人～9人）				円× 回＝	円																											
	訪 問 施 術 料 3（10人以上）				円× 回＝	円																											
	温 電 法 加 算				円× 回＝	円																											
	変 形 徒 手 矯 正 術 ※温電法との併施は不可		施術部位		（右上肢）	（左上肢）																											
			施術回数		回	回																											
					円× 回＝	円																											
	電 療 料 加 算 （1.極超短波（超短波） 2.低周波）				円× 回＝	円																											
	特 別 地 域 加 算				円× 回＝	円																											
	はり又はきゅう及びマッサージの併用																																
	通 所				円× 回＝	円																											
	訪 問 施 術 料 1				円× 回＝	円																											
	訪 問 施 術 料 2				円× 回＝	円																											
	訪 問 施 術 料 3（3人～9人）				円× 回＝	円																											
	訪 問 施 術 料 3（10人以上）				円× 回＝	円																											
	温 電 法 加 算				円× 回＝	円																											
	変 形 徒 手 矯 正 術 ※温電法との併施は不可		施術部位		（右上肢）	（左上肢）																											
施術回数			回	回																													
				円× 回＝	円																												
電 療 料 加 算				円× 回＝	円																												
特 別 地 域 加 算				円× 回＝	円																												
往 療 料				円× 回＝	円																												
		夜 間 往 療 加 算		円× 回＝	円																												
合 計				円																													
施術日	訪問1①		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
通所○	訪問2②	月																															
往療◎	訪問3③																																
○往療又は訪問の理由（ 1. 独歩による公共交通機関を使つての外出困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより独歩による外出困難 3. その他（ ） ）																																	
備考：（イ）はり・きゅうのみ （ロ）はり又はきゅうと一般医療																																	