

様式第7号(1)(表面) 労働者災害補償保険

第 回

療養補償給付たる療養の費用請求書（同一傷病分）

帳票種別 ※ 34200		①管轄局署 // // //		②業通別 I 業 3通		27ウクスツメフムユル 3エケセテネヘレ 49オコソノホモロー		〇〇〇〇〇〇〇〇 (例) カ「ハ」	
③労働保険番号 		所掌管轄 		基幹番号 		枝番号 		④金書年証の番号 	
⑤労働者の性別 男 ☐ 女 ☒ 1男 1明 2号 3大正 3昭和 3平成 3令和		⑥労働者の生年月日 年 月 日 1〜9月は右へ 1〜9月は右へ 1〜9月は右へ		⑦負傷又は発病年月日 年 月 日 ★(1) 1〜9月は右へ 1〜9月は右へ 1〜9月は右へ		⑧補助キー ※ ☒		⑨受付年月日 年 月 日	
シメイ(カタカナ)：姓と名の間は1字あけて記入して下さい。 姓 名 氏 名 住 所		⑩三者コード 1山 2山 3山 4山 5他		⑪委任未支給 1委任 2未支給 3未支給 4未支給 5未支給		⑫特別加入者 ☐		⑬審査コー ☐	
下の欄及び⑭から⑰までの欄は、口座を新規に届け出る場合、又は、届け出た口座を変更する場合のみ記入して下さい。		⑭全金融機関 店 舗 療養コード		⑮預金の種類 1普通 2当座 3定期		⑯口座番号 年 月 日 ★(2)			
新規変更 ★(2)		メイキニン(カタカナ)：姓と名の間は1字あけて記入して下さい。 姓 名 (つづき)メイキニン(カタカナ) 姓 名		⑱		⑲			
⑳の者については㉑及び裏面の㉒、㉓に記載したとおりであることを証明します。		事業の名称 年 月 日		電話番号 郵便番号		事業場の所在地 事業主の氏名		★(3) 印	
医師又は歯科医師等の証明 療養の内容 ①期間 年 月 日から 年 月 日まで 日間 診療実日数 ②療養の部位及び傷病名 傷病の経過概要 年 月 日 治癒・継続中・転医・中止・死亡 ③療養の内訳及び金額(内訳裏面のとおり)。		④看視料 年 月 日から 年 月 日まで 日間(看護婦の資格の有・無) ⑤移送費 年から まで 片道・往復 キロメートル 回 ⑥上記以外の療養費(内訳別紙請求書又は領収書の枚数とのり。) ⑦療養の給付を受けなかった理由		⑧療養に要した費用の額(合計) 千円 百円 十円 円		⑨療養の実績 年 月 日から 年 月 日まで 日間 ⑩療養の実績 年 月 日から 年 月 日まで 日間 ⑪療養の実績 年 月 日から 年 月 日まで 日間		⑫療養の実績 年 月 日から 年 月 日まで 日間	

上記により療養補償給付たる療養の費用の支給を請求します。

労働基準監督署長 殿

(物品番号 7240 9.5)

※印の欄は記入しないこと。
(職員が記入します。)

◎裏面の注意事項を読んでから記載して下さい。

折り曲げる場合には(◀)の所を谷に折りさらに2つ折りにして下さい。

- (1) 事故の発生日又は発病の日を正確に記入する。
- (2) 銀行等に振込む場合は、請求人本人の口座番号を記入する。
- (3) 事業主の証明が必要になる。ただし、第2回目以降の請求で離職後である場合には、不要。
- (4) 最終の投薬期間も算入して記入する。
- (5) 診療を行った医師又は歯科医師の証明を受ける。
- (6) 付添看護人を必要とした場合の費用又は病院等が遠距離の場合の移送に要した費用等を記入する。この場合は、要した費用の請求書又は領収書等を添付する。
- (7) 自筆による署名の場合には、押印は不要。
- (8) ①は、労働者の直接所属する事業場が一括適用の取扱いをしている支店、工場、工事現場等の場合に記入する。
- (9) ②は、どのような場所で、どのような作業をしているときに、どのような物で又はどのような状況において、どのようにして災害が発生したかを簡明に記入する。

様式第7号(1)(裏面)

⑦ 労働者の 所属事業場の 名称・所在地 ★(8)	⑧ 負傷又は発病の時刻 午前 午後 時 分頃	⑨ 職名 現認者の氏名
	⑩ 災害の原因及び発生状況 ★(9)	