様式第七号（一）（表面）を次のように改める。

■ 様式第７号（１）（表面）　労働者災害補償保険

業務災害用　　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 ※34250　①管轄局署 □□□　②業通別 1（1業 3通）

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	゛
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°

③労働保険番号　府県｜所掌｜管轄｜基幹番号｜枝番号

④年金証書の番号　管轄局｜種別｜西暦年｜番号

⑤労働者の性別（1男 3女）　⑥労働者の生年月日（1明治 3大正 5昭和 7平成 元号 年 月 日）　⑦負傷又は発病年月日（和暦年 月 日）　1～9年は右へ　1～9月は右へ　1～9日は右へ

※⑧受付年月日（年 月 日）

⑨労働者の　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。　氏名　（　歳）　住所　職種　㉘郵便番号 □□□－□□□□

※⑩三者コード　※⑪委任未支給（1自労 3他　1委任 3未支給 5委未）　⑫特別加入者　⑬審査コード

※⑭金融機関コード　金融機関　店舗

※⑮郵便局コード

下の欄及び⑯から⑲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ください。

新規・変更

振込を希望する金融機関の名称　銀行・金庫・農協・漁協・信組　本店・本所・出張所・支店・支所

口座名義人

⑯預金の種類（1普通 3当座）　⑰口座番号又は記号番号（左ヅメ）

⑱メイギニン（カタカナ）：姓と名の間は１字あけて記入してください。

⑲（つづき）メイギニン（カタカナ）

⑨の者については⑦及び裏面の㋕、㋖に記載したとおりであることを証明します。

年　月　日

事業の名称　電話番号（局番）

事業場の所在地　郵便番号　－

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実と相違ない旨裏面に記載すること。

医師又は歯科医師等の証明

療養の内容　㋑期間　年 月 日から 年 月 日まで　日間　診療実日数　日

㋐傷病の部位及び傷病名

㋒傷病の経過の概要

年 月 日　治ゆ・継続中・転医・中止・死亡

⑨の者については、㋑から㋓までに記載したとおりであることを証明します。

年 月 日　郵便番号 －

病院又は診療所の　所在地　名称　電話番号（局番）

診療担当者氏名　印

㋓　療養の内訳及び金額（内訳裏面のとおり。）　千　円

㋔看護料　年 月 日から 年 月 日まで 日間（看護婦の資格の有・無）

㋕移送費　から まで 片道・往復 キロメートル 回

㋖上記以外の療養費（内訳別紙請求書又は領収書 枚のとおり。）

㋗療養の給付を受けなかった理由

⑳療養に要した費用の額（合計）　千万 百万 十万 万 千 百 十 円

㉑費用の種別（※ 1診療 2看護 3移送 4装具 5診断書）

㉒療養期間の初日　年 月 日から

㉓療養期間の末日　年 月 日まで

㉔診療実日数　日

㉕転帰事由（1治ゆ 3継続 5転医 7中止 9死亡）

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。

年 月 日

請求人の　郵便番号 －　電話（局番）

住所　（　方）

氏名　印

労働基準監督署長　殿

（注意）一、□□□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まげたり、のりづけしないでください。
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には該当事項を○で囲んでください。（ただし、⑤、⑥及び⑯欄については該当番号を記入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、枠からはみだないように大きめのカタカナ及びアラビア数字で明りょうに記載してください。

※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。