様式第十六号の五（二）（裏面）を次のように改める。

様式第16号の5（2）（裏面）

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　ロ．就業の場所から住居への移動 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　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 現認者の	住所 氏名　電話　局番
㋠ 災害の原因及び発生状況			
㋡ 負傷又は発病の年月日及び時刻	年　月　日　午前後　時　分頃	㋮ 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日に住居又は就業の場所から災害発生の場所に至った経路、方法、時間、その他の状況	
㋢ 災害発生の場所			
㋣ 就業の場所（災害時の通勤の種別がハに該当する場合は移動の終点たる就業の場所）			
㋤ 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		
㋦ 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		
㋧ 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		
㋨ 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		
㋯ 第三者行為災害	該当する・該当しない		
㋑ 健康保険日雇特例被保険者手帳の記号及び番号		（通常の移動の所要時間　時間　分）	
㋒ 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	㋓転任直前の住居に係る住所	

療養の内訳及び金額

病院又は診療所の	名称	
	所在地	
担当医氏名	1． 2．	3． 4．

医師番号	処方月日	調剤月日	処方 医薬品名・規格・用量・剤型・用法	処方 単位薬剤料（点）	調剤数量	調剤報酬点数 調剤料（点）	薬剤料（点）	加算料（点）
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
受付回数	回	摘要						
	調剤基本料　（点）	時間外等加算　（点）	指導料　（点）	合計点数　（点） 合計金額　（円）				

（注　意）

1．共通の注意事項

（1）この請求書は、薬局から薬剤の支給をうけた場合に提出すること。

（2）事項を選択する場合には、該当する事項を丸で囲むこと。

（3）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。

（4）㋠は、どのような場所を、どのような方法で移動している際に、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載すること。

（5）㋑は、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、㋬から㋨まで、並びに㋒及び㋓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及び㋬から㋯まで、並びに㋒及び㋓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。

4．「事業主の氏名」の欄、「病院又は診療所の診療担当者氏名」の欄、「薬局の調剤担当者氏名」の欄及び「請求人の氏名」の欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができる。

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並びに㋮（通常の通勤の経路及び方法に限る。）㋡、㋢、㋣、㋤、㋦、㋨及び㋒）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　電話番号　局番 郵便番号　－ 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）

表面の記入枠を訂正したときの訂正印欄	削　字	印
	加　字	

社会保険労務士記載欄	作成年月日提出代行者の表示	氏　名	電話番号
		印	