様式第7号（2）（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）

標準字体														
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	゛	°	ー		
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	ワ	ン

薬

帳票種別 ※34261　①管轄局署　②業通別 1業 3通　⑧受付年月日（元号 年 月 日）　⑩三者コード　⑪委任未支給 1自労 3他　⑫特別加入者 1委任 3未支給 5委未　⑬審査コード

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（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（金融機関 店舗）　⑮※郵便局コード

⑨労働者の　シメイ（カタカナ）：姓と名の間は1文字あけて記入してください。濁点・半濁点は1文字として記入してください。

氏名　（　歳）　職種

住所　㉔郵便番号 ―

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（右詰め。ゆうちょ銀行の場合は、記号（5桁）は左詰め、番号は右詰めで記入し、空欄には「0」を記入。）

メイギニン（カタカナ）：姓と名の間は1文字あけて記入してください。濁点・半濁点は1文字として記入してください。

⑱

（つづき）メイギニン（カタカナ）

⑲

（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曲げたり、のりづけしたりしないでください。
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及び⑯欄並びに⑥及び⑦欄の元号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、枠からはみださ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。

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。

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　印

（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、派遣元事業主は、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してください。

(イ)傷病名

⑨の者については、(イ)に記載したとおりであることを証明します。

年　月　日　病院又は診療所の　所在地　郵便番号 ―　名称　電話番号 局番　診療担当者氏名　印

薬剤師の証明

⑨の者については、(ロ)、⑳に記載したとおりであること及び(ロ)、⑳に記載した事項は＿＿＿医師の処方に基づくものであることを証明します。

年　月　日　薬局の　所在地　郵便番号 ―　名称　電話番号 局番　調剤担当者氏名　印

(ロ)療養の内容　期間　年　月　日から　年　月　日まで　日間　調剤実日数　日

(ハ)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（内訳裏面のとおり。）　千万 百万 十万 万 千 百 十 円

※㉑療養期間の初日（元号 年 月 日）から　㉒療養期間の末日（元号 年 月 日）まで　㉓調剤数量

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

※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。