様式第７号（５）（裏面）

(ニ) 労働者の所属事業場の名称・所在地	(ホ) 負傷又は発病の時刻	(ヘ) 災害発生の事実を確認した者の
	午前・後　時　分頃	職名 氏名

（ト）災害の原因及び発生状況　（あ）どのような場所で(い)どのような作業をしているときに(う)どのような物又は環境に(え)どのような不安全な又は有害な状態があって(お)どのような災害が発生したかを詳細に記入すること。

療養の内訳及び金額

傷病の経過

基本療養費	看護師等	円×　回	円
		円×　回	円
	准看護師	円×　回	円
		円×　回	円
	＿＿＿＿加算		円
管理療養費	初日		円
	２回目以降　回		円
	＿＿＿＿加算		円
情報提供療養費			円
ﾀｰﾐﾅﾙｹｱ療養費			円
	死亡年月日　年　月　日		
合計			円

指示年月日　年　月　日

訪問日

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				

主治医への直近報告年月日　年　月　日

提供した情報の概要

情報提供先の市（区）町村の名称

（注意）　１．共通の注意事項
（１）この請求書は、訪問看護事業者から訪問看護を受けた場合に提出すること。
（２）（ニ）は、労働者が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。
（３）（ト）は、どのような場所で、どのように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載すること。
２．傷病補償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）（ヘ）は、災害発生の事実を確認した者（確認した者が多数あるときは、最初に発見した者）を記載すること。
（３）（ヘ）及び（ト）は、第２回以後の請求の場合には記載する必要がないこと。
（４）第2回以後の請求が離職後である場合には事業主の証明は受ける必要がないこと。
３．傷病補償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、（ホ）、（ヘ）及び（ト）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。

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(ホ)及び(ト)）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 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）

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	