■ 様式第7号(5)(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																				
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	

訪看

帳票種別　※ 3 4 2 6 5　①管轄局署　②業通別 1 1業 3通　⑧受付年月日 元号 年 月 日　⑩三者コード 1自 3労 5他　⑪委任未支給 1委任 3未支給 5未来　⑫特別加入者　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 (1~9月は右へ)　⑦負傷又は発病年月日 元号 年 月 日 (1~9月は右へ)

※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　㉑郵便番号 ［　］－［　］

新規・変更

口座を変更する場合のみ記入してください。新規に届け出る場合、又は届け出た口座を右の欄及び㉑から㉓までの欄は、口座を

関する金融機関の名称　銀行・金庫・農協・漁協・信組

振込を希望　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（左詰め。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

⑨の者については、⑦並びに裏面(ホ)及び(ト)に記載したとおりであることを証明します。

事業の名称　電話番号　局　番

年　月　日　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してください。

医師証明欄

(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

訪問看護事業者の証明

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

年　月　日　訪問看護事業者の　所在地　郵便番号　－

名称　電話番号　局　番

訪問看護担当者　印

療養の内容　(ロ)期間　年　月　日から　年　月　日まで　日間　訪問看護の日数　日

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

(ハ)療養の給付を受けなかった理由

※ ㉑訪問開始年月日 元号 年 月 日 (1~9月は右へ)　から　㉒訪問終了年月日 元号 年 月 日 (1~9月は右へ)　まで　㉓実日数　日

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　郵便番号　－　電話番号　局　番

請求人の　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。

■

■ 様式第七号（五）を次のように改める。

※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。