様式第7号(2)(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	職名
	午 前 / 後　時　分頃		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(か)⑦と初診日が異なる場合はその理由を詳細に記入すること。

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.	3.
	2.	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	摘要
回	

	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○で囲むこと。
(3) (ニ)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。

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及び(ホ)から(ト)まで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（　）　－
	事業場の所在地　〒　－
	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・事務代理者の表示	氏　名	電話番号
		㊞	（　）　－