様式第7号(4)（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 午 前/後　時　分頃	(ヘ) 災害発生の事実を確認した者の 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（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

種別					金額
初検料	初検年月日		加算料金		千 円
	年月日時頃		時間外・休日	円	
往療料	距離(片道)	回数	1回の料金	夜間加算料金	
	km	回	円	円	
施術料 はり・きゅう	施術名	回数	1回の料金		
	はり	回	円		
	きゅう				
	はり・きゅう併用				
	電気療法 電気針				
	電気療法 電気温灸器				
施術料 マッサージ	マッサージ				
	あん法料				
	変形徒手矯正術		（　肢）		
	光線療法 極超短波(超短波)				
	光線療法 低周波				
	はり又はきゅうとマッサージの併用				
合計					

備　考：(イ) はり・きゅうのみ　(ロ) はり・きゅうと一般医療

（注　意）

一、共通の注意事項

(一) この請求書は、あん摩マッサージ指圧師・はり師・きゅう師から施術を受けた場合に提出すること。

(二) マッサージの施術を受けた者は、初療の日及び初療の日から六か月を経過した日並びに六か月を経過した日以降三か月ごとの請求書に、医師の診断書を添えること。

(三) はり・きゅうの施術を受けた者は、初療の日及び初療の日から六か月を経過した日の請求書に、医師の診断書を添えること。また、初療の日から九か月を経過する場合は、はり師又はきゅう師の意見書及び症状経過表、更に医師の診断書、意見書を添えること。

(四)(五) 事項を選択する場合には、該当する事項を○で囲むこと。

(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。

二、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

(一)(ヘ) ④は、記載する必要がないこと。

(二)(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。

(三)(ヘ)及び(ト) は、第二回以後の請求の場合には記載する必要がないこと。

(四) 第二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。

三、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

(一) ③、⑥、⑦及び(ホ)から(ト)までは記載する必要がないこと。

(二) 事業主の証明は受ける必要がないこと。

四、「事業主の氏名」の欄、「施術所の名称」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）

委任状	私は、あん摩マッサージ指圧師・はり師・きゅう師＿＿＿＿＿＿を代理人と定め、私が、請求する表記療養の費用につき労災保険から給付される金額の受領を委任します。 年　月　日　委任者の住所 氏名　印 （記名押印又は署名）

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（　）　－