様式第16号の5(5)(裏面)

(ニ) 災害時の通勤の種別（該当する記号を記入）		イ．住居から就業の場所への移動　ロ．就業の場所から住居への移動 ハ．就業の場所から他の就業の場所への移動 ニ．イに先行する住居間の移動　ホ．ロに後続する住居間の移動	
(ホ) 労働者の所属事業場の名称・所在地		(ヘ) 現認者の	住所 氏名　電話(　　)　—

(ト)災害の原因及び発生状況　(あ) どのような場所を (い) どのような方法で移動している際に (う) どのような物で又はどのような状況において (え) どのようにして災害が発生したか (お) ⑦と初診日が異なる場合はその理由を簡明に記載すること。

(リ) 負傷又は発病の年月日及び時刻	年　月　日　午　前後　時　分頃	(チ)災害時の通勤の種別に関する移動の通常の経路・方法及び所要時間並びに災害発生の日に住居又は就業の場所から災害発生の場所に至った経路、方法、時間その他の状況	
(ヌ) 災害発生の場所			
(ル) 就業の場所（災害時の通勤の種別がハに該当する場合は移動の終点たる就業の場所）			
(ヲ) 就業開始の予定年月日及び時刻（災害時の通勤の種別がイ、ハ又はニに該当する場合は記載すること）	年　月　日　午　前後　時　分頃		
(ワ) 住居を離れた年月日及び時刻（災害時の通勤の種別がイ、ニ又はホに該当する場合は記載すること）	年　月　日　午　前後　時　分頃		
(カ) 就業終了の年月日及び時刻（災害時の通勤の種別がロ、ハ又はホに該当する場合は記載すること）	年　月　日　午　前後　時　分頃		
(ヨ) 就業の場所を離れた年月日及び時刻（災害時の通勤の種別がロ又はヘに該当する場合は記載すること）	年　月　日　午　前後　時　分頃		
(タ) 第三者行為災害	該当する・該当しない		
(レ) 健康保険日雇特例被保険者手帳の記号及び番号			
		(通常の移動の所要時間　時間　分)	
(ソ) 転任の事実の有無(災害時の通勤の種別がニ又はホに該当する場合)	有・無	(ツ)転任直前の住居に係る住所	

療養の内訳及び金額

傷病の経過				GAF(コード： 判定した年月日：　年　月　日)	
基本療養費	1 看護師等	円×	日	円	
	2 准看護師	円×	日	円	
	3 専門の研修を受けた看護師	円×	日	円	
	4 理学療法士等	円×	日	円	
	＿＿＿＿＿＿ 加算	円	＿＿＿＿＿＿ 加算	円	
	＿＿＿＿＿＿ 加算	円	＿＿＿＿＿＿ 加算	円	
精神科基本療養費	1 看護師等	円×	日	円	
	2 作業療法士	円×	日	円	
	3 准看護師	円×	日	円	
		円×	日	円	
	＿＿＿＿＿＿ 加算	円	＿＿＿＿＿＿ 加算	円	
	＿＿＿＿＿＿ 加算	円	＿＿＿＿＿＿ 加算	円	
管理療養費	初日			円	
	2 日目以降		日	円	
	＿＿＿＿＿＿ 加算	円	＿＿＿＿＿＿ 加算	円	
	＿＿＿＿＿＿ 加算	円	＿＿＿＿＿＿ 加算	円	
情報提供療養費				円	
遠隔診療補助料				円	
ターミナルケア療養費	ターミナルケア療養費		円 加算	円	
	死亡年月日　年　月　日				
ベースアップ評価料	(Ⅰ)			円	
	(Ⅱ)			円	
物価対応料				円	
合計				円	

指示期間 (特別指示期間)	年　月　日～　年　月　日／　年　月　日～　年　月　日 年　月　日～　年　月　日／　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							
情報提供先の名称							
緊急訪問看護の理由							
包括型訪問看護療養費	円×　日　円						
専門の研修	基本療養費	1 緩和ケア　2 褥瘡ケア　3 人工肛門・人工膀胱ケア					
	専門管理加算	1 緩和ケア　2 褥瘡ケア　3 人工肛門・人工膀胱ケア 4 特定行為（　　）					
	手順書交付年月日	年　月　日	直近見直し年月日	年　月　日			

(注意)

1．共通の注意事項

(1)　この請求書は、訪問介護事業者から訪問介護を受けた場合に提出すること。

(2)　(ホ)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。

(3)　(レ)は、請求人が健康保険の日雇特例被保険者でない場合には、記載する必要がないこと。

2．傷病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)　第２回以後の請求の場合には、(ヘ)から(ヨ)まで、(ソ)及び(ツ)については記載する必要がなく、また事業主の証明は受ける必要がないこと。

3．傷病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並びに(ヘ)から(タ)まで、(ソ)及び(ツ)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．「療養の内訳及び金額」の各欄に書き切れない場合は、余白に記載するか、別紙を添付すること。

㉔その他就業先の有無		
有 無	有の場合のその数 (ただし表面の事業場を含まない) 社	
有の場合でいずれかの事業で特別加入している場合の特別加入状況 (ただし表面の事業を含まない)	労働保険事務組合又は特別加入団体の名称	
	加入年月日 年　月　日	
労働保険番号（特別加入）		

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(チ)(通常の通勤の経路及び方法に限る。)、(リ)、(ヌ)、(ル)、(ヲ)、(カ)、(ヨ)及び(ソ))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	
	(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)	

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
			(　)　—

様式第十六号の五（五）（裏面）を次のように改める。