

業務災害用

Table with 4 rows and 7 columns of Japanese characters for standard font reference.

濁点、半濁点は一文字として書いてください。(例) カハ。



療養補償給付たる療養の費用請求書(同一傷病分)

Form for receipt type (帳票種別) and industry type (業通別) with input boxes.

Form for labor insurance number (労働保険番号) and prefecture/branch information.

Form for employee gender (性別), date of birth (生年月日), and date of injury/illness (負傷又は発病年月日).

Form for employee name (氏名), postal code (郵便番号), and financial institution information (金融機関).

Form for residence (住所) and savings account information (預金の種類, 口座番号).

Form for new/changed information (新規・変更) including bank account details (振込希望, 銀行名, 支店).

Form for business information (事業) including name, address, and phone number.

Form for injury details (傷病名) including location, hospital name, and attending physician.

Form for pharmacist's proof (薬剤師の証明) including date, pharmacy name, and pharmacist name.

Form for reason for non-payment (療養の給付を受けなかった理由) and medical expenses (療養に要した費用の額).

Form for treatment dates (療養期間の初日, 療養期間の末日) and dosage (調剤数量).

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。

Form for requester information (請求人の住所, 氏名) and date.

Vertical text on the left side providing instructions and notes regarding the form's use.

Vertical text on the right side providing instructions and notes regarding the form's use.

(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 氏名
	午前	午後	
(ト) 災害の原因及び発生状況 (ア)どのような場所で(イ)どのような作業をしているときに(ウ)どのような物又は環境に(エ)どのような不安全な又は有害な状態があって(オ)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

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		調剤 数量	調 剤 報 酬 点 数		
			医薬品名・規格・用量・剤型・用法	単剤薬料(点)		調剤料(点)	薬剤料(点)	加算料(点)
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
受付回数	回	摘要						
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)

- 共通の注意事項
 - この請求書は、薬局から薬剤の支給を受けた場合に提出すること。
 - 事項を選択する場合には、該当する事項を丸で囲むこと。
 - (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している支店、工場、工事現場等の場合に記載すること。
 - (ト)は、どのような場所で、どのような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。
- 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
 - ④は、記載する必要がないこと。
 - (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。
 - (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。
 - 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。
- 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
 - ③、⑥、⑦及び(ホ)から(ト)までは記載する必要がないこと。
 - 事業主の証明は受ける必要がないこと。
- 「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。

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	