

標準	字	体	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
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								



療養補償給付及び複数事業労働者療養給付たる療養の費用請求書(同一傷病分)

※ 帳票種別	① 管轄局署	② 業通別	⑧ 受付年月日	⑩ 三者コード	⑪ 委任未支給	⑫ 特別加入者	⑬ 審査コード
34262		1業 3通			1 自 3 労 5 他	1 委任 3 未支給 7 未整	

③ 労働保険番号	④ 管轄局 種別 西暦年 番号		
⑤ 労働者の性別	⑥ 労働者の生年月日	⑦ 負傷又は発病年月日	※⑭ 金融機関コード
1 男 3 女			
⑨ 労働者の氏名			※⑮ 郵便局コード

⑨ 労働者の住所	⑯ 郵便番号	職種

新規・変更	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。)
振込の金融機関名	
口座名義人	
⑱ 振込の金額	
⑲ 振込の回数	

⑨の者については、⑦並びに裏面の(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() -
年月日	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)	
(注意) 派遣労働者について、療養補償給付又は複数事業労働者療養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。	

年 月 日	施術所の名称	電話() -
	住所	
	氏名	
療養の内容	(イ) 期間	年月日から 年月日まで 日間 施術実日数 日
(ロ) 傷病の部位及び傷病名		
(ハ) 傷病の経過の概要	年 月 日 治癒(症状固定)・継続中・転医・中止	
⑳ 指定・指名番号	㉑ 療養に要した費用の額(内訳裏面のとおり。)	
府県 種別 一連番号	千万 百万 十万 万 千 百 十 円	

㉒ 療養期間の初日	㉓ 療養期間の末日	㉔ 施術実日数	㉕ 転帰事由
元号 年 月 日	元号 年 月 日		1 治療 (症状固定) 3 継続 5 転医 7 中止

上記により療養補償給付又は複数事業労働者療養給付たる療養の費用の支給を請求します。

年 月 日 住所 (方)

請求人の 氏名

労働基準監督署長 殿

※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(ハ)の所を各に折りさらに2つ折りにしてください。

(注意) 一、二、三、記入の部分は、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瞭に記載してください。また、⑤及び⑥欄並びに⑦及び⑧欄の元号については、該元号を記入してください。⑨の者については、⑦並びに裏面の(ホ)及び(ト)に記載したとおりであることを証明します。⑩の者については、⑦並びに裏面の(ホ)及び(ト)に記載したとおりであることを証明します。⑪の者については、⑦並びに裏面の(ホ)及び(ト)に記載したとおりであることを証明します。⑫の者については、⑦並びに裏面の(ホ)及び(ト)に記載したとおりであることを証明します。⑬の者については、⑦並びに裏面の(ホ)及び(ト)に記載したとおりであることを証明します。⑭の者については、⑦並びに裏面の(ホ)及び(ト)に記載したとおりであることを証明します。⑮の者については、⑦並びに裏面の(ホ)及び(ト)に記載したとおりであることを証明します。⑯の者については、⑦並びに裏面の(ホ)及び(ト)に記載したとおりであることを証明します。⑰の者については、⑦並びに裏面の(ホ)及び(ト)に記載したとおりであることを証明します。⑱の者については、⑦並びに裏面の(ホ)及び(ト)に記載したとおりであることを証明します。⑲の者については、⑦並びに裏面の(ホ)及び(ト)に記載したとおりであることを証明します。⑳の者については、⑦並びに裏面の(ホ)及び(ト)に記載したとおりであることを証明します。㉑の者については、⑦並びに裏面の(ホ)及び(ト)に記載したとおりであることを証明します。㉒の者については、⑦並びに裏面の(ホ)及び(ト)に記載したとおりであることを証明します。㉓の者については、⑦並びに裏面の(ホ)及び(ト)に記載したとおりであることを証明します。㉔の者については、⑦並びに裏面の(ホ)及び(ト)に記載したとおりであることを証明します。㉕の者については、⑦並びに裏面の(ホ)及び(ト)に記載したとおりであることを証明します。

様式第7号(3)(裏面)

労働者の (二)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 者の氏名
	午前 午後 時 分頃	
(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つて(オ) どのような災害が発生したか(カ) 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。		

初 検 料	初検年月日	令和 年 月 日 時頃	時間外・深夜・休日加算	円															
再 検 料	回		円	指 導 管 理 料	回	円													
運 動 療 法 料	回		円	施 術 情 報 提 供 料		円													
休 業 (補 償) 給 付 証 明 料	回		円	証 明 期 間															
往 診 料	距離(片道) km	回	1回	円	夜間・難路・暴風雨雪加算	円													
整 復 固 定 料 初回処置	傷病名及び部位			金 額		特 別 材 料 料													
	イ			円		円													
	ロ																		
	ハ																		
後 療 料	イ			回	円	包 帯 交 換 料	回	円											
	ロ																		
	ハ																		
	ニ																		
電 療 料	イ	回	ロ	回	ハ	回	ニ	回											
電 法 料	冷電法	イ	回	ロ	回	ハ	回	ニ	回										
	温電法	イ	回	ロ	回	ハ	回	ニ	回										
そ の 他																			
合 計																			

(注 意)

1. 共通の注意事項

(1) この請求書は、柔道整復師から施術を受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) (二)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. 傷病補償年金又は複数事業労働者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) (ヘ)は、災害発生の実事を確認した者(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. 傷病補償年金又は複数事業労働者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. 複数事業労働者療養給付の請求は、療養補償給付の支給決定がなされた場合、遡って請求されなかったものとみなすこと。

5. ②「その他就業先の有無」欄の記載がない場合又は複数就業していない場合は、複数事業労働者療養給付の請求はないものとして取り扱うこと。

6. 疾病に係る請求の場合、脳・心臓疾患、精神障害及びその他二以上の事業の業務を要因とすることが明らかな疾病以外は、療養補償給付のみで請求されることとなること。

②その他就業先の有無	
有	有の場合のその数 (ただし表面の事業場を含まない)
無	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(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。	
	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)		

委任状	
私は、柔道整復師 _____ 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

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
			() —