

業務災害用

第1回

療養補償給付たる療養の費用請求書(同一傷病分)

標準  
字体

0	5	ア	カ	サ	タ	ナ	ハ	マ	ヤ	ラ	ワ
1	6	イ	キ	シ	チ	ニ	ヒ	ミ	リ	シ	ン
2	7	ウ	ク	ス	ツ	ヌ	フ	ム	ユ	ル	ハ
3	8	エ	ケ	セ	テ	ネ	ヘ	メ	レ	。	〇
4	9	オ	コ	ソ	ト	ノ	ホ	モ	ヨ	ロ	一

濁点、半濁点  
は文字と  
書いて  
ください。  
(例)  
カ"ハ"。



帳票種別 ①管轄局署 ②業通別

※ [Redacted] 1業 3通

③ 労働保険番号 [Redacted]

④ 管轄局種別 西暦年 番号 [Redacted]

⑤ 労働者の性別 (男/女) [Redacted]

⑥ 労働者の生年月日 [Redacted]

⑦ 負傷又は発病年月日 [Redacted]

⑧ 受付年月日 [Redacted]

⑨ シメイ (カタカナ) : 姓と名の間は1文字あけて記入してください。 [Redacted]

⑩ 三者コード [Redacted]

⑪ 委任未支給 [Redacted]

⑫ 特別加入者 [Redacted]

⑬ 審査コード [Redacted]

⑭ 金融機関 店 舗 [Redacted]

⑮ 郵便局コード [Redacted]

⑯ 預金の種類 [Redacted]

⑰ 口座番号 (左詰め) [Redacted]

⑱ (つづき) メイギニン (カタカナ) [Redacted]

⑲の者については⑦及び裏面の(イ)に記載したとおりであることを証明します。

事業の名称 [Redacted]

年月日 [Redacted]

事業場の所在地 [Redacted]

事業主の氏名 [Redacted]

(イ) 傷病名 [Redacted]

所在地 [Redacted]

郵便番号 [Redacted]

病院又は診療所の名称 [Redacted]

電話番号 [Redacted]

診療担当者氏名 [Redacted]

印 [Redacted]

⑲の者については、(ロ)、⑳に記載したとおりであること及び(ロ)、㉑に記載した事項は、篠崎 佳織 医師の処方に基づくものであることを証明します。

〒347-0001 埼玉県加須市大越1444-1 郵便番号 [Redacted]

所在地 TEL (0480)48-5925 FAX (0480)48-5926

126年2月21日 薬局の名称 あすなる薬局大越店 電話番号 [Redacted]

調剤担当者氏名 寺山直樹

(ロ) 療養の内容 期間 126年2月12日から126年2月12日まで / 日間 調剤実日数 / 日

(ハ) 療養の給付を受けなかった理由 [Redacted]

⑳ 療養に要した費用の額 (内訳裏面のとおりに) [Redacted]

㉑ 療養期間の初日 [Redacted]

㉒ 療養期間の末日 [Redacted]

㉓ 調剤数量 [Redacted]

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。

郵便番号 [Redacted] 電話 [Redacted]

年 月 日 [Redacted]

住所 [Redacted] (方)

請求人の氏名 [Redacted]

印 [Redacted]

労働基準監督署長 殿 [Redacted]

(注意) 記入すべき事項のない欄又は記入枠は、空欄のままとし、事項を選択する場合には該当事項を○で囲んでください。(ただし、⑤、⑥及び⑩欄については該当番号を記入枠に記入してください。のりづけしたりしないでください。)

記入枠の部分は、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りように記載してください。

記入する文字は、光學式文字読取装置(OCR)で直接読取りを行うので、汚したり、穴をあけたり、必要以上に強く折りまげたり、のりづけしたりしないでください。

※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、の所を谷に折りさらに2つ折りしてください。