



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	単位薬剤料(点)		調剤料(点)	薬剤料(点)	加算料(点)
	.	.	別紙参照					
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
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う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。
  - (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。
  - (ハ)は、災害発生の実状を確認した者(確認し者が複数あるときは、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。

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及び(ホ)、(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。			局 番
	事業の名称		電話番号	
	年 月 日	事業場の所在地	郵便番号	-
	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)

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	