

様式第7号(1)表面

／通勤災害の場合は
様式第 16 号の 5(1)

様式第7号(1)(表面) 労働者災害補償保険
 業務災害用 第 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	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	
ネ	ノ	ハ	ヒ	フ	ヘ	ホ	マ	ミ	メ	モ
ヤ	ユ	ヨ	ラ	リ	ル	レ				

※	帳票種別	①管轄局番	②業通別	③受付年月日	④三番コード	⑤委任未支給	⑥特別加入者	⑦審査コード
	34260		1業 3通		1位 3番 5枚	1委任 3未支給 5未決		

(注意) ③ 府県所管管轄高齢者番号扶養番号 ④ 年金番号
労働保険番号 13307 年延の番号

[illegible]

⑨労働	姓・名(カタカナ)：姓と名の順に1文字ずつ記入してください。漢字・平仮名は1文字として読み取られます。										※ 郵便 コード					
	ト	ウ	シ	ヨ	ク		タ	ロ	ウ							
	氏名 青木 太郎											〒 〇〇〇〇 〇〇〇				

氏名 東 良 太 郎 (31歳) 職 種 調理師

住所 郵便番号 100-0013 東京都千代田区霞が関1-1-1

[illegible]

「記載された」とある場合は、光臨式文
字に記入する場合に注意する。
（例）
望義孝
口
座名
氏名
⑬ トウシヨク タロウ
（つづき）メイギン（カタカナ）

⑨の者については、⑦並びに⑧裏面の(ヌ)及び(ア)に記載したとおりであることを証明します。

03-3404 0119

事業団商店株式会社

26年 8月 7日 事業の名称 事業団 代表取締役 事業団 一郎 郵便番号 150 - 0001

(注意) 読者の手について、療養費精給付のみの請求からなる場合であっても、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書面に記載してください。

① 療養の内容	② 期間		③ 年		④ 月		⑤ 日		⑥ 日から		⑦ 年		⑧ 月		⑨ 日まで		⑩ 日間		⑪ 診療実日数		⑫ 日			
	(ア) 療養の部位	(イ) 期間	(ロ) 年	(ハ) 月	(ニ) 日	(ヘ) 日	(ホ) 月	(ニ) 日	(ヘ) 日	(ホ) 月	(ニ) 日	(ヘ) 日	(ホ) 月	(ニ) 日	(ヘ) 日	(ホ) 月	(ニ) 日	(ヘ) 日	(ホ) 月	(ニ) 日	(ヘ) 日	(ホ) 月	(ニ) 日	(ヘ) 日
① 療養の内容	(ア) 療養の部位	(イ) 期間	(ロ) 年	(ハ) 月	(ニ) 日	(ヘ) 日	(ホ) 月	(ニ) 日	(ヘ) 日	(ホ) 月	(ニ) 日	(ヘ) 日	(ホ) 月	(ニ) 日	(ヘ) 日	(ホ) 月	(ニ) 日	(ヘ) 日	(ホ) 月	(ニ) 日	(ヘ) 日	(ホ) 月	(ニ) 日	(ヘ) 日

⑨の者については、(イ)から(ニ)までに記載したとおりであることを証明します。

傷病の 経過の 概要	年 月 日	郵便番号
医療機関記入欄	所在地 診療所の 名 称	電話番号

⑥及び⑦欄 の記入を 求めた。	証明 の カタカナ 及び 漢字 の 記入	年 月 日 治ゆ・継続中・転医・中止・死亡	診療担当 氏名		印
		(二) 療養の内訳及び金額 (内訳裏面のとおり。)	千	円	
		(4) 看護料	年 月 日から 年 月 日まで	日間	(看護師の資格の有・無)

[illegible]

①療養に過ぎた方又は指定 病院がなかったため										(合計)									
④費用の種別										⑤転帰事由									
②療養期間の初日										③療養期間の末日									
⑥診療実日数										⑦転帰事由									

※ 1. 3月31日現在の年齢
2. 3月31日現在の性別
3. 3月31日現在の職業
4. 3月31日現在の住所
5. 3月31日現在の収入
6. 3月31日現在の資産
7. 3月31日現在の負債
8. 3月31日現在の収入
9. 3月31日現在の資産
10. 3月31日現在の負債
11. 3月31日現在の収入
12. 3月31日現在の資産
13. 3月31日現在の負債
14. 3月31日現在の収入
15. 3月31日現在の資産
16. 3月31日現在の負債
17. 3月31日現在の収入
18. 3月31日現在の資産
19. 3月31日現在の負債
20. 3月31日現在の収入
21. 3月31日現在の資産
22. 3月31日現在の負債
23. 3月31日現在の収入
24. 3月31日現在の資産
25. 3月31日現在の負債
26. 3月31日現在の収入
27. 3月31日現在の資産
28. 3月31日現在の負債
29. 3月31日現在の収入
30. 3月31日現在の資産
31. 3月31日現在の負債
32. 3月31日現在の収入
33. 3月31日現在の資産
34. 3月31日現在の負債
35. 3月31日現在の収入
36. 3月31日現在の資産
37. 3月31日現在の負債
38. 3月31日現在の収入
39. 3月31日現在の資産
40. 3月31日現在の負債
41. 3月31日現在の収入
42. 3月31日現在の資産
43. 3月31日現在の負債
44. 3月31日現在の収入
45. 3月31日現在の資産
46. 3月31日現在の負債
47. 3月31日現在の収入
48. 3月31日現在の資産
49. 3月31日現在の負債
50. 3月31日現在の収入
51. 3月31日現在の資産
52. 3月31日現在の負債
53. 3月31日現在の収入
54. 3月31日現在の資産
55. 3月31日現在の負債
56. 3月31日現在の収入
57. 3月31日現在の資産
58. 3月31日現在の負債
59. 3月31日現在の収入
60. 3月31日現在の資産
61. 3月31日現在の負債
62. 3月31日現在の収入
63. 3月31日現在の資産
64. 3月31日現在の負債
65. 3月31日現在の収入
66. 3月31日現在の資産
67. 3月31日現在の負債
68. 3月31日現在の収入
69. 3月31日現在の資産
70. 3月31日現在の負債
71. 3月31日現在の収入
72. 3月31日現在の資産
73. 3月31日現在の負債
74. 3月31日現在の収入
75. 3月31日現在の資産
76. 3月31日現在の負債
77. 3月31日現在の収入
78. 3月31日現在の資産
79. 3月31日現在の負債
80. 3月31日現在の収入
81. 3月31日現在の資産
82. 3月31日現在の負債
83. 3月31日現在の収入
84. 3月31日現在の資産
85. 3月31日現在の負債
86. 3月31日現在の収入
87. 3月31日現在の資産
88. 3月31日現在の負債
89. 3月31日現在の収入
90. 3月31日現在の資産
91. 3月31日現在の負債
92. 3月31日現在の収入
93. 3月31日現在の資産
94. 3月31日現在の負債
95. 3月31日現在の収入
96. 3月31日現在の資産
97. 3月31日現在の負債
98. 3月31日現在の収入
99. 3月31日現在の資産
100. 3月31日現在の負債

26 年 8 月 8 日

請求人の

住所 千代田区霞が関 1-1-1

氏名 東食 太郎

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(4)の所を谷に折りさらに2つ折りにしてください。

事故の発生日または発病の日を正確に記入してください。

事業主の証明が必要です。
ただし、第2回目以降の請求で離職後である場合には、必要ありません。

／自筆による署名の
場合には、押印は
必要ありません。

直接所属している
事業場を管轄して
いる労働基準監督
署名を記入しま
す。

請求人本人の口座番号を記入してください。

● ゆうちょ銀行口座（記号・番号）を指定する場合、通常記号は5桁、番号は8桁となっていますが、番号が8桁未満の場合は、頭に0を加えて8桁としてください。

(例) 番号が1234561の場合、01234561となります。

記号(5桁) 番号(8桁)

1 x x x 0 0 1 2 3 4 5 6 1

「0」を加えてください。

※記号と記号の間に1桁の数字がある場合は、その1桁の数字は、記載する必要はありません。

※預金の種類は「1」としてください。

様式第7号(1)裏面

様式第7号(1)裏面

(イ) 労働者の 所属事業場の 名称・所在地	(ロ) 負傷又は発病の時刻 午後 10 時 40 分頃	(ハ) 職名 店長 氏名 福祉 次男
(ニ) 災害の原因及び発生状況 (ア) どのような場所(ウ)どのような作業をしているときに(エ)どのような物又は環境に(オ)どのような不安全な又は有害な状態が(カ)どのような災害が発生したかを詳細に記入すること 調理場で食材を運搬中、足元にあった段差(10cm)につまずき前向きに転倒し、左肘を強打した。		

直接所属している事業場が表面の事業場と異なる(一括適用の取扱いをしている支店、工場、工事現場等)場合に記入します。

療養の内訳及び金額

(注意)

災害発生の実状を確認した人の職名と氏名を記入します。

診療内容	点数(点)	診療内容	金額	摘要
初診 時間外・休日・深夜		初診	円	
再診 外来診療科 × 回		再診	円	
継続管理加算 × 回		指導	円	
外来管理加算 × 回		その他	円	
時間外 × 回				
休日 × 回				
深夜 × 回				
指導				
在宅				
往診	回	食事(基準)	円	
夜間	回	円 × 日間	円	
緊急・深夜	回	円 × 日間	円	
在宅患者訪問診療	回	円 × 日間	円	
その他		小計 ②	円	
薬剤	回			
投薬				
内服 薬剤 × 単位				
調剤 × 単位				
外用 薬剤 × 単位				
調剤 × 単位				
処方 薬剤 × 単位				
調剤 × 単位				
注射				
皮下筋肉内	回			
静脈内	回			
その他	回			
処置				
薬剤	回			
手術				
麻酔	回			
検査				
薬剤	回			
画像				
診断	回			
その他				
処方せん	回			
薬剤				
入院				
入院年月日 年 月 日				
病・診・衣				
入院基本料・加算				
× 日間				
× 日間				
× 日間				
× 日間				
× 日間				
特定入院料・その他				
小計	点 ①		円	
		合計金額 ①+②	円	

一、共通の注意事項
(一) 事項を選択する場合には、該当する事項を丸で囲むこと。
(二) (イ)及び(ロ)については、その費用についての明細書及び看護移送等を添付すること。
(三) (ハ)及び(ニ)については、最終の投薬の期間をも記入すること。
(四) (イ)は、労働者が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、工事現場等を記入すること。
(五) (ロ)は、どのような場所、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、どのような災害が発生したかを簡明に記載すること。

二、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
(一) (イ)は、記載する必要があること。
(二) (イ)は、災害発生の実状を確認した者(確認した者が多数あるときは最初に見つけた者)を記載すること。
(三) (イ)及び(ロ)は、第二回以後の請求が認められる場合には事業主の証明は受ける必要がないこと。
(四) (イ)は、第二回以後の請求が認められる場合には事業主の証明は受ける必要がないこと。
(五) (イ)は、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。
(六) (イ)及び(ロ)から(ニ)までは記載する必要があること。
(七) (イ)は、事業主の証明は受ける必要がないこと。
(八) (イ)は、事業主の証明は受ける必要がないこと。
(九) (イ)は、事業主の証明は受ける必要がないこと。
(十) (イ)は、事業主の証明は受ける必要がないこと。
(十一) (イ)は、事業主の証明は受ける必要がないこと。
(十二) (イ)は、事業主の証明は受ける必要がないこと。
(十三) (イ)は、事業主の証明は受ける必要がないこと。
(十四) (イ)は、事業主の証明は受ける必要がないこと。
(十五) (イ)は、事業主の証明は受ける必要がないこと。
(十六) (イ)は、事業主の証明は受ける必要がないこと。
(十七) (イ)は、事業主の証明は受ける必要がないこと。
(十八) (イ)は、事業主の証明は受ける必要がないこと。
(十九) (イ)は、事業主の証明は受ける必要がないこと。
(二十) (イ)は、事業主の証明は受ける必要がないこと。

⑤どのような場所で、①どのような作業をしているときに、②どのような物または環境に、③どのような不安全または有害な状態が、④どのような災害が発生したかをわかりやすく記入してください。

派遣元事業主証明欄	派遣元事業主が証明する事項(表面の②並びに(イ)及び(ロ)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	