

通勤災害用

第 回

療養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	〃	一
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シ												

柔

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

(注意) 一、二、三、記入枠の部分は、必ず黒のボールペンを使用して記入するべき事項のない欄又は記入枠は空欄のままで、事項を記載する場合は、該欄を塗りつぶす。記入する文字は、光学式文字読取装置(OOCR)で直読取りを行うので、汚したり、穴を開けたり、必要以上に強く折り曲げたり、のりつけしたりしないでください。	③府県所掌管轄基幹番号	④管轄局種別西暦年番号 年金証書の番号						
労働保険番号	⑤労働者の性別 1男 3女	⑥労働者年 元号 1明治 3大正 5昭和 7平成 9令和	⑦負傷又は発病年 元号 1~9年は右へ 1~9月は右へ 1~9日は右へ	⑧受付年月日 年 月 日	⑨	⑩三者コード 1自 3労 5他	⑪委任未支給 1委任 3未支給 7柔整	⑫特別加入者 ⑬審査コード
⑪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。濁点・半濁点は1文字として記入してください。	⑫労働者氏名	⑬(歳)	⑭職種	⑮郵便局コード				
⑯郵便番号	⑰住所							

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。

折り曲げた場合は、()の所を外して折りたたんでください。

新規・変更	⑯預金の種類 1普通 3当座	⑰口座番号(左詰め)ゆうちょ銀行の場合は、記号(5枠)は左詰め、番号は右詰めで記入し、空欄は「0」を記入。
振す間 及び 込める 出る場合 から 希望機種 までの欄 又は、 記入し て届け出た きりの欄 は、 口座を 開設した とき。	本店本所 出張所 支店支所	メイギニン(カタカナ) :姓と名の間は1文字あけて記入してください。濁点・半濁点は1文字として記入してください。
口 座 名 義 人	⑱(つづき)メイギニン(カタカナ)	⑲

(9)の者については、(7)並びに裏面の(チ) (通常の通勤の経路及び方法に限る。)、(リ)、(ヌ)、(ル)、(ヲ)、(カ)、(ヨ)及び(ゾ)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

(注意) 1 事業主は裏面の(チ)、(リ)及び(ヌ)については、知り得なかった場合には証明する必要がないので、知り得なかった事項の符号を消してください。
2 派遣労働者について、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業主と相違ない旨裏面に記載してください。

柔道整復師の証明	⑨の者については、(イ)から(ハ)まで及び⑩に記載したとおりであることを証明します。 年月日 施術所の名称 住所 氏名	電話() -	
療養の内容 (ロ)傷病の部位及び傷病名	⑪期間 年月日から 年月日まで 日間 施術実日数 日		
傷病の経過の概要 (ハ)	年月日 治癒(症状固定)・継続中・転医・中止		
⑫指定・指名番号 府県種別 一連番号	⑬療養に要した費用の額(内訳裏面のとおり。) 千万 百万 十万 万 千 百 十 円		
⑭療養期間の初日 元号 年 月 日 1~9年は右へ 1~9月は右へ 1~9日は右へ	⑮療養期間の末日 元号 年 月 日 1~9年は右へ 1~9月は右へ 1~9日は右へ	⑯施術実日数 年月日	⑰転帰事由 1治癒(症状固定) 3継続 5転医 7中止
※	から まで	日	

上記により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) 電話() -
請求人の 氏名
労働基準監督署長 殿

柔
道
整
復
師
の
証
明

(二) 災害時の通勤の種別 (該当する記号を記入)		イ. 住居から就業の場所への移動 ハ. 就業の場所から他の就業の場所への移動 二. イに先行する住居間の移動		ロ. 就業の場所から住居への移動 ホ. ロに後続する住居間の移動																																
(ホ) 労働者の 所屬事業場の 名称・所在地				(へ) 住所 現認者の 氏名	電話() -																															
(ト) 災害の原因及び発生状況		(あ)どのような場所を(い)どのような方法で移動している際に(う)どのような物で又はどのような状況において(え)どのようにして災害が発生したか(お)⑦と初診日が異なる場合はその理由を簡明に記載すること																																		
(リ) 負傷又は発病の年月日及び時刻		年 月 日 午 前 後 時 分 頃		(チ) 災害時の通勤の種別に関する移動の通常の経路、方法及び所要時間並びに災害発生の日に住居又は就業の場所から災害発生の場所に至った経路、方法、時間その他の状況																																
(ヌ) 災害発生の場所				<table border="1"> <tr> <td>(ル) 就業の場所 (災害時の通勤の種別がハに該当する場合は移動の終点である就業の場所)</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>(ヲ) 就業開始の予定年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別がイ、ハ又はニに該当する場合は記載すること)</td> <td colspan="2">年 月 日 午 前 後 時 分 頃</td> </tr> <tr> <td>(ワ) 住居を離れた年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別がイ、ニ又はホに該当する場合は記載すること)</td> <td colspan="2">年 月 日 午 前 後 時 分 頃</td> </tr> <tr> <td>(カ) 就業終了の年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別がロ、ハ又はホに該当する場合は記載すること)</td> <td colspan="2">年 月 日 午 前 後 時 分 頃</td> </tr> <tr> <td>(ヨ) 就業の場所を離れた年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別がロ又はハに該当する場合は記載すること)</td> <td colspan="2">年 月 日 午 前 後 時 分 頃</td> </tr> <tr> <td>(タ) 第三者行為災害</td> <td colspan="2">該当する・該当しない</td> </tr> <tr> <td>(レ) 健康保険日雇特例被保険者手帳の記号及び番号</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>(ゾ) 転任の事実の有無(災害時の通勤の種別がニ又はホに該当する場合)</td> <td>有・無</td> <td colspan="2">(ツ) 転任直前の住居に係る住所</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2">(通常の移動の所要時間 時間 分)</td> </tr> </table>		(ル) 就業の場所 (災害時の通勤の種別がハに該当する場合は移動の終点である就業の場所)			(ヲ) 就業開始の予定年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別がイ、ハ又はニに該当する場合は記載すること)	年 月 日 午 前 後 時 分 頃		(ワ) 住居を離れた年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別がイ、ニ又はホに該当する場合は記載すること)	年 月 日 午 前 後 時 分 頃		(カ) 就業終了の年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別がロ、ハ又はホに該当する場合は記載すること)	年 月 日 午 前 後 時 分 頃		(ヨ) 就業の場所を離れた年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別がロ又はハに該当する場合は記載すること)	年 月 日 午 前 後 時 分 頃		(タ) 第三者行為災害	該当する・該当しない		(レ) 健康保険日雇特例被保険者手帳の記号及び番号			(ゾ) 転任の事実の有無(災害時の通勤の種別がニ又はホに該当する場合)	有・無	(ツ) 転任直前の住居に係る住所						(通常の移動の所要時間 時間 分)	
(ル) 就業の場所 (災害時の通勤の種別がハに該当する場合は移動の終点である就業の場所)																																				
(ヲ) 就業開始の予定年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別がイ、ハ又はニに該当する場合は記載すること)	年 月 日 午 前 後 時 分 頃																																			
(ワ) 住居を離れた年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別がイ、ニ又はホに該当する場合は記載すること)	年 月 日 午 前 後 時 分 頃																																			
(カ) 就業終了の年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別がロ、ハ又はホに該当する場合は記載すること)	年 月 日 午 前 後 時 分 頃																																			
(ヨ) 就業の場所を離れた年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別がロ又はハに該当する場合は記載すること)	年 月 日 午 前 後 時 分 頃																																			
(タ) 第三者行為災害	該当する・該当しない																																			
(レ) 健康保険日雇特例被保険者手帳の記号及び番号																																				
(ゾ) 転任の事実の有無(災害時の通勤の種別がニ又はホに該当する場合)	有・無	(ツ) 転任直前の住居に係る住所																																		
				(通常の移動の所要時間 時間 分)																																
(ヌ) 災害発生の場所																																				
(ル) 就業の場所 (災害時の通勤の種別がハに該当する場合は移動の終点である就業の場所)																																				
(ヲ) 就業開始の予定年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別がイ、ハ又はニに該当する場合は記載すること)																																				
(ワ) 住居を離れた年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別がイ、ニ又はホに該当する場合は記載すること)																																				
(カ) 就業終了の年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別がロ、ハ又はホに該当する場合は記載すること)																																				
(ヨ) 就業の場所を離れた年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別がロ又はハに該当する場合は記載すること)																																				
(タ) 第三者行為災害																																				
(レ) 健康保険日雇特例被保険者手帳の記号及び番号																																				
(ゾ) 転任の事実の有無(災害時の通勤の種別がニ又はホに該当する場合)		有・無	(ツ) 転任直前の住居に係る住所																																	

療養の内訳及び金額	初 檢 料	初検年月日	半成合和	年 月 日 時 頃	時間外・深夜・休日加算		円	千	円
	再 檢 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	
		傷病名及び部位			金額		特 別 材 料 料		
	整 復 固 定 料	イ			円		円		
	初回処置	ロ							
		ハ							
		ニ							
	後 療 料	イ		回	円	包 帶 交 換 料	回	円	
	ロ								
	ハ								
	ニ								
	電 療 料	イ	回	ロ	回	ハ	回	ニ	回
	温罨法	イ	回	ロ	回	ハ	回	ニ	回
	冷罨法	イ	回	ロ	回	ハ	回	ニ	回
	そ の 他								
		合			計			千	円

(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)(ホ)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。
- (4)(レ)は、請求人が健康保険の日雇特例被保険者でない場合には、記載する必要がないこと。
2. 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)第2回以後の請求の場合には、(へ)から(ヨ)まで、(ゾ)及び(ツ)については記載する必要がなく、また事業主の証明は受けが必要がないこと。
3. 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並びに(へ)から(タ)まで、(ゾ)及び(ツ)は記載する必要がないこと。
 - (2)事業主の証明は受けが必要ないこと。

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 いざれかの 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(チ)(通常の通勤の経路及び方法に限る。)、(リ)、(ヌ)、(ル)、(ヲ)、(カ)、(ヨ)及び(ゾ))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() -
	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)	

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 労務上 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
			() -