様式第7号（1）(表面)　労働者災害補償保険

業務災害用
複数業務要因災害用

第　　回

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)

標準字体										0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	゛	゜	ー
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	

※帳票種別　3 4 2 6 0
①管轄局署　□□□□□
②業通別　1　1業　3通
⑧受付年月日　元号 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　5委未
⑫特別加入者　□□
⑬審査コード　□

③労働保険番号　府県｜所掌｜管轄｜基幹番号｜枝番号　□□□□□□□□□□□□□□
④年金証書の番号　管轄局｜種別｜西暦年｜番号　□□□□□□□□□

⑤労働者の性別　1男　3女　□
⑥労働者の生年月日　1明治　3大正　5昭和　7平成　9令和　元号 年 月 日　□□□□□□□　1～9年は右へ　1～9月は右へ　1～9日は右へ
⑦負傷又は発病年月日　元号 年 月 日　□□□□□□□　1～9年は右へ　1～9月は右へ　1～9日は右へ
※⑭金融機関コード　金融機関｜店舗　□□□□□□□
⑮※郵便局コード　□□□□□□

⑨労働者の
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。
□□□□□□□□□□□□□□□□
氏名　（　　歳）
職種
住所　㉖郵便番号　□□□－□□□□

変更する場合のみ記入してください。
新規に届け出る場合又は届け出た口座を右の欄及び⑯から⑲までの欄は、口座を

新規・変更

振込を希望する金融機関の名称　銀行・金庫　農協・漁協　信組　本店・本所　出張所　支店・支所
口座名義人

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桁）は左詰め、番号は右詰めで記入し、空欄には「0」を記入。）
□□□□□□□□□□□□□□
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。
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(ヌ)及び(ヲ)に記載したとおりであることを証明します。

年　月　日
事業の名称　電話(　　)　－
事業場の所在地　〒　－
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)

（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。

医師又は歯科医師等の証明

療養の内容　(イ)期間　年　月　日　から　年　月　日まで　日間　診療実日数　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・死亡

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。
年　月　日　〒　－
病院又は診療所の　所在地
名称　電話(　)　－
診療担当者氏名　印

(ニ)　療養の内訳及び金額（内訳裏面のとおり。）　千　円
(ホ)看護料　年　月　日から　年　月　日まで　日間　(看護師の資格の有・無)
(ヘ)移送費　から　まで　片道・往復　キロメートル　回
(ト)　上記以外の療養費（内訳別紙請求書又は領収書　枚のとおり。）
(チ)　療養の給付を受けなかった理由
⑳療養に要した費用の額(合計)　千万｜百万｜十万｜万｜千｜百｜十｜円　□□□□□□□□

㉑費用の種別　※□　1診療　2看護　3移送　4装具　5診断書
㉒療養期間の初日　元号 年 月 日　□□□□□□□　から　1～9年は右へ　1～9月は右へ　1～9日は右へ
㉓療養期間の末日　元号 年 月 日　□□□□□□□　まで　1～9年は右へ　1～9月は右へ　1～9日は右へ
㉔診療実日数　□□□日
㉕転帰事由　□　1治癒(症状固定)　3継続　5転医　7中止　9死亡

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
〒　－　電話(　)　－
請求人の　住所　(　方)
氏名　印

労働基準監督署長　殿

（注意）
三、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瞭に記載してください。
二、記載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及び⑯欄並びに⑥及び⑦欄の元号については該当番号を記入枠に記入してください。）
一、□□□で表示された枠（以下、記入枠という。）に記入する文字は、光学式文字読取装置（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曲げたり、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つ折りにしてください。

様式第7号(1)(裏面)

(リ) 労働者の所属事業場の名称・所在地		(ヌ) 負傷又は発病の時刻	(ル) 災害発生の事実を確認した者の	職名
		午前 後　　時　　分頃		氏名

(ヲ)災害の原因及び発生状況　(あ)どのような場所で(い)どのような作業をしているときに(う)どのような物又は環境に(え)どのような不安全な又は有害な状態があって(お)どのような災害が発生したか(か)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

療養の内訳及び金額

診療内容			点数(点)
初診	時間外・休日・深夜		
再診	外来診療料	×　回	
	継続管理加算	×　回	
	外来管理加算	×　回	
	時間外	×　回	
	休日	×　回	
	深夜	×　回	
指導			
在宅	往診	回	
	夜間	回	
	緊急・深夜	回	
	在宅患者訪問診療	回	
	その他		
	薬剤	回	
投薬	内服　薬剤	単位	
	調剤	×　回	
	屯服　薬剤	単位	
	外用　薬剤	単位	
	調剤	×　回	
	処方	×　回	
	麻毒	回	
	調基		
注射	皮下筋肉内	回	
	静脈内	回	
	その他	回	
処置		回	
	薬剤		
手術 麻酔		回	
	薬剤		
検査		回	
	薬剤		
画像 診断		回	
	薬剤		
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	

診療内容	金額	摘要
初診	円	
再診　回	円	
指導　回	円	
その他	円	
食事(基準　　)		
円×　日間	円	
円×　日間	円	
円×　日間	円	
小計　②	円	

摘要

合計金額 ①+②	円

(注意)

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○で囲むこと。

(二)(ホ)、(ヘ)及び(ト)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した者の請求書又は領収書を添えること。

(三)(イ)の期間には、最終の投薬の期間をも算入すること。

(四)(リ)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。

二、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

(一)④は、記載する必要がないこと。

(二)(ル)は、災害発生の事実を確認した者(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。

(三)(ル)及び(ヲ)は、第二回以後の請求の場合には記載する必要がないこと。

(四)第二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。

三、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

(一)③、⑥、⑦及び(ヌ)から(ヲ)までは記載する必要がないこと。

(二)事業主の証明は受ける必要がないこと。

四、「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こと。

五、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。

六、㉖「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。

七、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。

㉖その他就業先の有無	
有 無	有の場合のその数 (ただし表面の事業場を含まない) 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(ヌ)及び(ヲ))の記載内容について事実と相違ないことを証明します。		
	年　　月　　日	事業の名称	電話(　　)　　―
		事業場の所在地	〒　　―
		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 加　字	印

	作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示	氏　名	電話番号
社会保険労務士記載欄		㊞	(　　)　―