

わかりやすく赤字にしているが実際には黒のボールペンで書く

被災者が今回の災害が原因で傷病（補償）等年金を受給している場合、

③、⑥、⑦、会社の証明、および次ページの(リ)、(ヌ)、(ル)、(ヲ)は不要

様式第7号(1)(表面) 労働者災害補償保険		標準字体																	
業務災害用 複数事業要因災害用		第 回		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															
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)																			
※ 帳票種別		① 管轄局署				② 業通別		③ 受付年月日				④ 三者コード		⑤ 委任未支給		⑥ 特別加入者		⑦ 審査コード	
34260		□□□□□				1業 3通		□□□□□□□□				1自 3共 5他		1委任 3未支給 5未米		□□□□		□□□□	
(注意) 記入欄の部分は、必ず黒のボールペンを使用し、標準字体に記入してください。二、三記載すべき事項のない欄は、空欄のままにしてください。事項を選択する場合、欄の元号については該当事項を記入欄に記入してください。○□□□で表示された枠(以下、記入欄という。)に記入する文字は、光字式文字を記載してください。																			
③ 労働保険番号		府 県 所 掌 管 轄 基 幹 番 号 枝 番 号										④ 管轄局 種別 西暦年 番 号							
□□□□□□□□□□		□□□□□□□□□□										□□□□□□□□							
⑤ 労働者の性別		⑥ 労働者の生年月日		⑦ 負傷又は発病年月日		⑧ 金融機関 店 舗													
1男 3女		5600101		9050228		□□□□□□□□□□													
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。		⑨ 労働者の氏名 日本 太郎 (37歳) 職 種 建設業																	
住所		⑩ 郵便番号 123-4567 さくら市さくら町1-2-3																	
⑪ 振込の金融機関		⑫ 口座名義人		⑬ 預金の種類		⑭ 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。)													
〇〇		日本 太郎		1普通 3当座		□□□□□□□□□□													
△△		日本 太郎		メイギン(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。		⑮ 二ホン タロウ													
□□		日本 太郎		(つづき)メイギン(カタカナ)		⑯ □□□□□□□□□□													
⑰ の者については、⑱並びに裏面の(ヌ)及び(ヘ)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 (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、派遣元事業主は、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		⑱ 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。											
(ロ)傷病の部位及び傷病名		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日 〒 -											
(ハ)傷病の経過の概要		年 月 日		年 月 日		年 月 日		病院又は診療所の 所在地 名称 電話() -											
(ニ)療養の内訳及び金額(内訳裏面のとおり。)		年 月 日		年 月 日		年 月 日		診療担当者氏名											
(ホ)看護料		年 月 日から 年 月 日まで		日間 (看護士の資格の有・無)		年 月 日		〇〇千〇〇円											
(ヘ)移送費		から まで		片道・往復		キロメートル 回		年 月 日		〇〇千〇〇円									
(ト)上記以外の療養費(内訳別紙請求書又は領収書)		枚のとおりに		年 月 日		年 月 日		〇〇千〇〇円											
(チ)療養の給付を受けなかった理由		療養に適した労災指定病院が		⑲療養に要した費用の額(合計)		千 百 十 万 千 百 十 円		〇〇千〇〇円											
⑳費用の種別		㉑療養期間の初日		㉒療養期間の末日		㉓診療実日数		㉔転帰事由		〇〇千〇〇円									
※ 1診療 2看護 3移送 4器具 5診断書		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日		1治療(症状固定) 2継続 3転送 4中止 5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。																			
令和5年 3月 1日 〒 123 - 4567 電話 (012) 345 - 6789																			
住所 さくら市さくら町1-2-3 () 方																			
請求人の氏名 日本 太郎																			
〇〇〇 労働基準監督署長 殿																			

この欄は書かない

会社に聞く

今回の災害で
傷病（補償）等年金を
受給している場合

この欄は書かない

会社に書いてもらう。
2回目以降の請求では
離職後であれば不要

病院に書いてもらう

労災指定病院にかかれば
治療費を支払う必要が
なかったのに
どうして治療費を立て替える
ことになったのか、その理由

この欄は書かない

会社の所在地を管轄する
労基署の名前を記入

2回目以降の請求では (ル) と (ヲ) は不要

[illegible]