

業務災害用  
複数業務要因災害用

第 回

標準字体 0123456789''°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

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 ⑤受付年月日 ⑩三者コード ⑪委任未支給 ⑫特別加入者 ⑬審査コード  
34260 1業 3通 1自 3労 5他 1委任 3未支給 5委未

(注意)

一、〇〇〇〇で表示された枠(以下、記入枠という。)に記入する文字は、光字式文字読取装置(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。  
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又は記載事項を〇で囲んでください。(ただし、⑤及び⑥欄並びに⑥及び⑦欄の元号については該元号を記入してください。)  
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。

③ 労働保険番号 13101123456000 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  
1男 3女 1 5610525 9030715

⑨ 労働者の氏名 住所 ⑩ 労働者のシメイ(カタカナ) ⑪ 労働者の姓(カタカナ) ⑫ 労働者の姓(カタカナ)

氏名 労災 三郎 (37歳) 職種 プラント作業員  
住所 141-0032 品川区大崎〇-〇-〇

⑬ 振替の希望 ⑭ 口座番号 ⑮ 口座名義人  
〇〇 〇〇 労災三郎

⑯ 事業の名称 株式会社〇〇重工 電話(〇〇)〇〇〇-〇〇〇〇  
令和3年 7月 31日 事業場の所在地 東京都千代田区丸の内〇-〇-〇 〒〇〇〇-〇〇〇〇  
事業主の氏名 鳥島 五郎

⑰ 療養の内容 (イ)期間 令和3年 7月 15日 から 令和3年 7月 31日まで 17日間 診療実日数 17日  
(ロ)傷病の部位及び傷病名 左足第1趾末節骨骨折  
(ハ)傷病の経過の概要 ギプスにより7日間固定その後漸次軽快  
令和4年 7月 31日 〒160-0016  
病院又は診療所の所在地 東京都新宿区信濃町〇-〇  
診療所の名称 〇〇病院 電話(〇〇)〇〇〇-〇〇〇〇  
診療担当者氏名 新宿 太郎

(ニ)療養の内訳及び金額(内訳裏面のとおりに) 45千000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 月からまで 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 近くに療養に適した労災指定病院がなかったため  
⑳療養に要した費用の額(合計) 〇〇千〇〇〇円

㉑費用の種別 ㉒療養期間の初日 ㉓療養期間の末日 ㉔診療実日数 ㉕転帰事由  
1診療 2看護 3移送 4装具 5診断書

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3年 8月 3日 住所 東京都品川区大崎〇-〇-〇 (方)  
請求人の氏名 労災三郎  
中央労働基準監督署長 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。  
◀の所を谷に折りさらに2つ折りにしてください。