

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該当事項を〇で囲んでください。(ただし、⑤及び⑥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  
⑧ 労働者の氏名 ⑨ 労働者の住所  
⑩ 労働者の職種

⑪ 労働者の性別 ⑫ 労働者の生年月日 ⑬ 負傷又は発病年月日  
⑭ 労働者の氏名 ⑮ 労働者の住所  
⑯ 労働者の職種

⑰ 預金の種類 ⑱ 口座番号  
⑲ 労働者の氏名 ⑳ 労働者の住所  
㉑ 労働者の職種

⑳ 事業の名称 〇〇化工株式会社  
㉑ 事業場の所在地 神奈川県小田原市石橋〇-〇-〇  
㉒ 事業主の氏名 代表 太郎

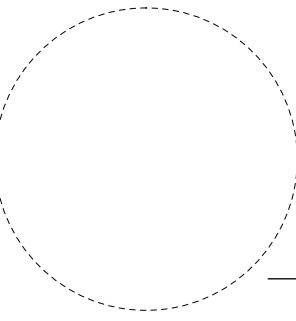
㉓ 療養の内容 (イ)期間 令和4年8月25日から令和4年8月31日まで 7日間 診療実日数 3日  
㉔ 傷病の部位及び傷病名 右手第1指挫創  
㉕ 傷病の経過の概要 4針縫合 以後漸次軽快し7日目に抜糸

㉖ 療養の内訳及び金額 (内訳裏面のとおりに) 9千500円  
㉗ 看護料 ㉘ 移送費 ㉙ 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。)

㉚ 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  
㉛ 療養に要した費用の額 (合計) 〇千〇百〇十〇円

㉜ 費用の種類 ㉝ 療養期間の初日 ㉞ 療養期間の末日 ㉟ 診療実日数 ㊱ 転帰事由  
令和4年9月1日 住所 神奈川県綾瀬市大上〇-〇-〇 (方)  
請求人の氏名 労働 絵里

※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。  
折り返す場合は、のりを谷に折りさらに2つ折りにしてください。



小田原労働基準監督署長 殿