

請求書記載例

様式第7号(1)(表面) 労働者災害補償保険

業務災害用

第 回

療養補償給付たる療養の費用請求書(同一傷病分)

標準字体

0	5	ア	カ	サ	タ	ナ	ハ	マ	ヤ	ラ	ワ
1	6	イ	キ	シ	チ	ニ	ヒ	ミ	リ	ン	
2	7	ウ	ク	ス	ツ	ヌ	フ	ム	ユ	ル	"
3	8	エ	ケ	セ	テ	ネ	ヘ	メ	レ	。	
4	9	オ	コ	ソ	ト	ノ	ホ	モ	ヨ	ロ	-

○濁点、半濁点は一文字として取り扱うこと。(例) カ"ハ。

通勤災害の場合は様式第16号の5(1)

※ 振替口座 ①普通 ②差支 ③通

※ 34210

(注意) 一、二、記載すべき事項のない欄又は記入欄は、空欄のままとし、事項を選択する場合は○で囲むこと。ただし、⑥及び⑦欄については該当番号を記入すること。三、記入すべき事項は、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」にならなければならないように大きめのカタカナ及びアラビア数字で明らかに記載すること。

①労働保険番号 40107603451

②労働者の性別 ③労働者の生年月日 ④自傷又は発病年月日 ⑤受付年月日

⑥シメ(カタカナ) ヤマタ シゲル

⑦労働者の氏名 山田 茂 (52歳)

⑧郵便番号 805-△△△△

⑨住所 北九州市小倉南区高松0-0

⑩マイキニシ(カタカナ) ヤマタ シゲル

⑪事業主の名称 小倉建設株式会社

⑫事業場の所在地 北九州市小倉南区下津0-0

⑬事業主の氏名 代表取締役 野田 二郎

⑭療養の内容 ⑮期間 19年7月18日 から 19年7月30日まで ⑯診療実日数 6日

⑰療養の経過の概要 右膝内側靭帯損傷 右痛みを訴える 漸次軽快

⑱療養の内訳及び金額(内訳裏面のとおりに)

⑲療養の給付を受けなかった理由 近くに療養に通じ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) 35750

㉑療養期間の初日 ㉒療養期間の末日 ㉓診療実日数 ㉔転付事由

※印の欄は記入しないこと。(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下さい。折り曲げる場合にもこの面を合に折り込んで下さい。

事故の発生日又は発病の日を正確に記入してください。

銀行等に振込みを希望する場合は、請求人本人の口座番号を記入してください。

事業主の証明が必要です。ただし、第2回目以降の請求で離職後である場合には、必要ありません。

最終の投票期間も算入してください。

診療を行った医師又は歯科医師の証明を受けてください。

付添看護人を必要とした場合の費用又は病院等が遠距離の場合の移送に要した費用等を記入します。この場合は、要した費用の請求書又は領収書等を添えなければなりません。

上記により療養補償給付たる療養の費用の支給を請求します。

19年8月2日 請求人の 山田 茂

北九州労働基準監督署長 殿

郵便番号 805-△△△△ 電話 〇〇〇〇 局番

住所 北九州市小倉南区高松0-0(方)

氏名 山田 茂 (山田)

自筆による署名の場合には、押印は必要ありません。