

様式第7号(3)(表面) 業務災害用 ご記入例

様式第7号(3)(表面)
業務災害用

労働者災害補償保険 第 回		標準字体																					
費用請求書(同一傷病分)		アイ	ウ	エ	オ	カ	キ	ク	ケ	コ	サ	シ	ス	セ	ソ	タ	チ	ツ	テ	ト	ナ	ニ	ノ
業務災害用		ネ	ハ	ヒ	フ	ヘ	ホ	マ	ミ	ム	モ	ヤ	ユ	ヨ	ラ	リ	ル	レ	ロ	ワ	ン		
療養補償給付	①業種	②三者コード																					
1	1業	1委任 3未支給 7未整																					
帳票種別	③労働者の性別	④労働者の生年月日	⑤負傷又は発病年月日	⑥金融機関																			
1	1男	5	7	記入不要																			
ケ	ン	セ	イ	シ	ャ	ハ	ン	⑦郵便局コード															
氏名		職種																					
健生 ジャパン (20歳)		サービス																					
住所		⑧口座番号																					
980-0004 仙台市青葉区宮町3丁目5-20		指定・指名番号の登録口座に入金になるため記入不要																					
事業の名称		⑨事業場の所在地																					
平成 〇年〇月〇日		〇〇〇〇〇〇																					
事業主の氏名		〇〇 〇〇																					
⑩の者について、(イ)から(ハ)まで及び(ニ)に記載したとおりであることを証明します。		⑪の者について、(イ)から(ハ)まで及び(ニ)に記載したとおりであることを証明します。																					
柔道整復師		〇〇整復院																					
住所		仙台市青葉区二日町3-10																					
氏名		管理柔整師名																					
療養の内容		⑫(イ)期間																					
H△年△月△日からH△年△月△日まで 31日間 施術実日数 11日		⑬(ロ)傷病の部位及び傷病名																					
⑭(ハ)傷病の経過の概要		⑮(イ)各々の腫脹・熱感・圧痛・運動痛等の症状・経過																					
⑯指定・指名番号		⑰療養に要した費用の額																					
〇〇〇〇〇〇		〇〇〇〇〇〇																					
⑱療養期間の初日		⑲療養期間の末日																					
〇〇〇〇〇〇		〇〇〇〇〇〇																					
⑳施術実日数		㉑転滞事由																					
〇〇〇〇		1 治療中 3 継続中 7 中止																					

柔

※印の欄は記入しなくても構いません。(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。折り曲げる場合は(4)の所を谷に折り、(5)の折り目から折り込んでください。

青枠内は事業所又は患者様の記入箇所です

院様は赤枠内のご記入をお願い致します

こちらが送付先になりますので
患者様から受け取りましたらご確認ください

(注) ①～③の記入欄は、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くてはなりません。枠からはみださないように大きめのカタカナ及び数字を記入してください。ただし、④及び⑤の欄は、⑥の数字については該当番号を記入してください。また、⑥及び⑦の欄は、⑧の数字については該当番号を記入してください。⑧の数字については、⑨の数字を記入してください。⑩の数字については、⑪の数字を記入してください。⑫の数字については、⑬の数字を記入してください。⑭の数字については、⑮の数字を記入してください。⑯の数字については、⑰の数字を記入してください。⑱の数字については、⑲の数字を記入してください。⑳の数字については、㉑の数字を記入してください。

様式第7号(3)(裏面)

業務災害用ご記入例

様式第7号(3)(裏面)

労働者の (一)所属事業場の 名称・所在地	(株) ○ ○ ○ 仙台市青葉区 ○ ○ ○ ○	(ホ) 負傷又は発病の時刻 午 前 後 3 時 00 分頃	(ヘ) 災害発生の際の 職名 代表 事実を確認した者の 氏名 ○ ○ ○ ○
(ト) 災害の原因及び発生状況 (ア) どのような場所(イ) どのような作業をしているときに(ウ) どのような物又は環境に(エ) どのような不安全又は有害な状態があった(オ) どのような災害が発生したかを詳細に記入すること。			
工場内で作業中、右足首を捻った。8日～10日にかけて自分で湿布をし固定して応急処置したが、痛みがひどくなり皮下出血。腫れも見られた為、○○病院を受診。右足関節捻挫と診断。現在、包帯にて固定し通院治療中。			

院様は赤枠内のご記入をお願い致します

初 検 料	初検年月日 平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日 時頃	時間外・深夜・休日加算	円	千	百	十	円	
再 検 料	5 回	指導管理料	6 回	千	百	十	円	
運動療法料	6 回	施術情報提供料		千	百	十	円	
休業(補償)給付証明書	回	証明期間						
往 診 料	距離(片道) km	回	1 回	円	夜間・難路・暴風雨雪加算	円		
療 養 の 内 訳 及 び 金 額	傷病名及び部位	金 額	特別材料料					
	イ 腰部圧迫骨折	千 百 十 円	千 百 十 円	千	百	十	円	
ロ 右足関節捻挫	千 百 十 円	千 百 十 円	千	百	十	円		
ハ								
ニ								
後 療 料	イ 腰部圧迫骨折	10 回	千 百 十 円	包帯交換料	回	円	千 百 十 円	
	ロ 右足関節捻挫	10 回	千 百 十 円				千 百 十 円	
ハ								
ニ								
電 療 料	イ 11 回	ロ 11 回	ハ	回	ニ	回	千 百 十 円	
電 法 料	冷電法	イ	回	ロ	回	ハ	回	千 百 十 円
	温電法	イ	11 回	ロ	11 回	ハ	回	千 百 十 円
そ の 他	相談支援料						千 百 十 円	
合 計							千 百 十 円	

(注 意)

- 共通の注意事項
 - この請求書は、柔道整復師から施術を受けた場合に提出すること。
 - 事項を選択する場合には、該当する事項を丸で囲むこと。
 - (ニ)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。
 - (ト)は、どのような場所、どのような作業をしているときに、どのような物で又はどのような状況において、どのようにして災害が発生したかを簡明に記載すること。
- 傷病補償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
 - ④は、記載する必要がないこと。
 - (-)は、災害発生の実態を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。
 - (-)及び(ト)は、第2回以後の場合には記載する必要がないこと。
 - 第2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。
- 傷病補償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
 - ③、⑥、⑦及び(ホ)から(ト)までは記載する必要がないこと。
 - 事業主の証明は受ける必要がないこと。
- 「事業主の氏名」の欄、「施術所の氏名」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。

派遣元事業主が証明する事項(表面の⑦並びに(ホ)及び(ト))の記載内容について事実と相違ないことを証明します。	局番
平成 事業の名称	電話番号
○年○月○日 事業場の所在地	郵便番号
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)	

わたしは、柔道整復師 管理柔整師名 を代理人と定め、わたしが請求する表記療養の費用につき労災保険から給付される金額の受領を委任します。

○年 ○月 ○日 委任者の住所 仙台市青葉区宮町3丁目5-20
氏名 健生 ジャパン

表面の記入枠を訂正したときの訂正印欄	削 字 印 加 字	社会保険 労務士 記載欄	作成年月日提出代行者の表示	氏 名	電話番号
--------------------	--------------	--------------------	---------------	-----	------

青枠内は事業所又は患者様の記入箇所です