

通勤災害用

第 回

療養給付たる療養の費用請求書 (同一傷病分)

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 標 | 準 | 字 | 体 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 〃 | 。 | 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 | | | | | |

はりきゅう

| | | | | | | | |
|---------|-------|------------|--------|--------|-------------------|------------------------|--------|
| 帳票種別 | ①管轄局署 | ②業通別 | ⑧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 |
| ※ 34263 | | 3 1業 3通 | | | 1 自 3 委 5 他 | 1 委任 3 未支給 7 はり師 | |

(注意) 一、二、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」にならう。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。
 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、付録記載事項を、用紙の裏面に記載してください。(ただし⑤及び⑥欄並びに⑦及び⑧欄の文言については、該記号を記入枠に記入してください。)
 三、表示された枠(以下、記入枠とす)に記入する文字は、必ず式文字で記載(OCR)で直接取りを行うので、活字、六をあげたり、必要以下に強く折り曲げたり、のりづけたりしないでください。

| | | | | | | | | | |
|------------|------------|-------------|-------------|-----|-----|-------|----------|-------|-----|
| 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 | ⑭ 金融機関コード | | | | | | |
| 1 男 3 女 | 元 年 月 日 | 元 年 月 日 | 金 融 機 関 店 舗 | | | | | | |
| | 1~9月は右→ | 1~9月は右→ | ※ ⑭ 金融機関コード | | | | | | |
| ⑨ 労働者の氏名 | ⑮ 郵便局コード | | | | | | | 職 種 | |
| | | | | | | | | | |

| | | | |
|--------------|---------|--------|---------|
| ⑩ 振込の希望 | ⑪ 振込の希望 | ⑫ 口座番号 | ⑬ 口座名義人 |
| 1 普通 3 当座 | | | |
| ⑭ 振込の希望 | | | |
| ⑮ 振込の希望 | | | |

| | | |
|---------|---------|---------|
| ⑯ 振込の希望 | ⑰ 振込の希望 | ⑱ 振込の希望 |
| | | |
| ⑲ 振込の希望 | | |
| ⑳ 振込の希望 | | |

⑲の者については、⑦並びに裏面の(チ) (通常の通勤の経路及び方法に限る。)、(リ)、(ヌ)、(ル)、(ヲ)、(カ)、(ヨ)及び(ソ)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 | 印 |

(注意) 1 事業主は裏面の(チ)、(リ)及び(ヌ)については、知り得なかった場合には証明する必要がないので、知り得なかった事項の符号を消してください。
 2 派遣労働者について、療養給付のみの請求がなされる場合にあつては、派遣先事業主は、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。

⑲の者については、(イ)から(ハ)まで及び⑳に記載したとおりであることを証明します。

| | | | | |
|-----|--------|----|----|---|
| 年月日 | 施術所の名称 | 住所 | 氏名 | 印 |
| | | | | |

| | | | | | | |
|----------------|--------|--------------------|-------|----|-------|---|
| 療養の内容 | (イ) 期間 | 年月日から | 年月日まで | 日間 | 施術実日数 | 日 |
| (ロ) 傷病の部位及び傷病名 | | | | | | |
| (ハ) 傷病の経過の概要 | | | | | | |
| | 年月日 | 治癒(症状固定)・継続中・転医・中止 | | | | |

| | | | |
|----------------|-------------------------|---------|--|
| ⑳ 指定・指名番号 | ㉑ 療養に要した費用の額(内訳裏面のとおりに) | | |
| 府 県 種別 一 連 番 号 | 千 万 百 万 十 万 万 千 百 十 円 | | |
| | | | |
| ㉒ 療養期間の初日 | ㉓ 療養期間の末日 | ㉔ 施術実日数 | ㉕ 転帰事由 |
| 元 年 月 日 | 元 年 月 日 | | 1 治療 (症状固定) 3 療死 5 転医 7 中止 |
| | | | |

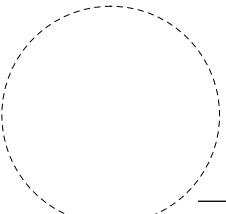
上記により療養給付たる療養の費用の支給を請求します。

〒 - 電話() -

年月日

住所 (方)

請求人の 氏名 印



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。

折り曲げる場合には、()の所を合に折り曲げてください。折り曲げてはなりません。

様式第16号の5(4)(裏面)

| | |
|--|---|
| (二) 災害時の通勤の種別 (該当する記号を記入) | イ. 住居から就業の場所への移動 ロ. 就業の場所から住居への移動 ハ. 就業の場所から他の就業の場所への移動 ホ. ロに後続する住居間の移動 ニ. イに先行する住居間の移動 |
| 労働者の (ホ) 所属事業場の 名称・所在地 | (ヘ) 現認者の 住所 氏名 電話() - |
| (ト) 災害の原因及び発生状況 | (ア) どのような場所を(イ)どのような方法で移動している際に(ウ)どのような物で又はどのような状況において(エ)どのようにして災害が発生したか(オ)⑦と初診日が異なる場合はその理由を簡明に記載すること |
| (リ) 負傷又は発病の年月日及び時刻 | 年 月 日 午 前 後 時 分 秒 (チ) 災害時の通勤の種別に関する移動の通常の経路、方法及び所要時間並びに災害発生の日に住居又は就業の場所から災害発生の場所に至った経路、方法、時間、その他の状況 |
| (ス) 災害発生場所 | |
| (ル) 就業の場所 (災害時の通勤の種別がイ、ハ又はロに該当する場合は移動の終点たる就業の場所) | |
| (ワ) 就業開始の予定年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別がイ、ハ又はロに該当する場合は記載すること) | 年 月 日 午 前 後 時 分 秒 |
| (ヲ) 住居を離れた年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別がイ、ニ又はホに該当する場合は記載すること) | 年 月 日 午 前 後 時 分 秒 |
| (カ) 就業終了の年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別がロ、ハ又はホに該当する場合は記載すること) | 年 月 日 午 前 後 時 分 秒 |
| (コ) 就業の場所を離れた年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別がロ又はハに該当する場合は記載すること) | 年 月 日 午 前 後 時 分 秒 |
| (ク) 第三者行為災害 | 該当する・該当しない |
| (ケ) 健康保険日雇特別被保険者手帳の 記号及び番号 | (通常移動の所要時間 時間 分) |
| (ク) 転任の事実の有無(災害時の通勤の種別がニ又はホに該当する場合) | 有・無 (ツ) 転任直前の住居に係る住所 |

(注 意)

療養の内訳及び金額

| 種 別 | 金 額 | |
|---------------------------------|---|--|
| 初 検 料 | 初 検 年 月 日 加 算 料 金 | |
| 往 療 料 | 距 離(片 道) 回 数 1 回 の 料 金 夜 間 加 算 料 金 | |
| 施 術 | 施 術 名 回 数 1 回 の 料 金 | |
| | はり きゅう | |
| | はり きゅう 併用 | |
| | 電 気 針 | |
| | 電 気 温 灸 器 | |
| 料 | マ ッ サ ー ジ | |
| | あ ん 法 料 | |
| | 変 形 徒 手 矯 正 術 (肢) | |
| | 光 線 療 法 極 超 短 波 (超 短 波) 低 周 波 | |
| は り 又 は き ェ う と マ ッ サ ー ジ の 併 用 | | |
| 合 計 | | |
| 備 考 | (イ) は り ・ き ェ う の み (ロ) は り ・ き ェ う と 一 般 医 療 | |

- 一、共通の注意事項
- この請求書は、あん摩マッサージ指圧師・はり師・きゅう師から施術を受けた場合に提出すること。
 - マッサージの施術を受けた者は、初療の日及び初療の日から六か月を経過した日並びに六か月を経過した日以降三か月ごとの請求書に、医師の診断書を添えること。
 - はり・きゅうの施術を受けた者は、初療の日及び初療の日から六か月を経過した日の請求書に、医師の診断書を添えること。また、初療の日から九か月を経過する場合は、はり師又はきゅう師の意見書及び症状経過表、更に医師の診断書、意見書を添えること。
 - 事項を選択する場合には、該当する事項を○で囲むこと。
 - はり師、きゅう師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。
 - はり師、きゅう師が健康保険の日雇特別被保険者でない場合は、請求人が健康保険の日雇特別被保険者でないこと。
- 二、傷病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、記載する必要があること。
 - ③まで、並びに(イ)及び(ロ)については、記載する必要があること。また、事業主の証明は受ける必要がないこと。
 - 傷病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
 - (イ)及び(ロ)は、記載する必要があること。
 - (ニ)は、記載する必要があること。
 - 「事業主の氏名」の欄、「施術所の名称」の欄及び「請求人の氏名」の欄は、記名押印することによって代えて、自筆による署名をすることができると。

| | |
|---------------|---|
| 派遣先事業主 証明欄 | 派遣元事業主が証明する事項(表面の⑦並びに(チ)(通常通勤の経路及び方法に限る。)、(リ)、(ヌ)、(ル)、(ヲ)、(カ)、(ヨ)及び(ン))の記載内容について事実と相違ないことを証明します。 事業の名称 電話() - 年 月 日 〒 - 事業場の所在地 事業主の氏名 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) |
|---------------|---|

委任状

私は、あん摩マッサージ指圧師・はり師・きゅう師 _____ を代理人と定め、私が、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 氏名 印 (記名押印又は署名)

| | | | | | |
|--------------------|-----------|--------------|----------------------|-------|---------------|
| 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・事務代理者の表示 | 氏 名 印 | 電 話 番 号 () - |
|--------------------|-----------|--------------|----------------------|-------|---------------|