診機様式第１号の３　労働者災害補償保険

検査に要した費用等請求書
（非指定医療機関用）

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	ー

○濁点、半濁点は一文字として取り扱ってください。
(例) カ〃ハ°

※印の欄は記入しないでください。（職員が記入します。）

帳票種別 ※ 34220　①管轄局署　②業通別 1業 3通

③労働保険番号（府県 所掌 管轄 基幹番号 枝番号）　④年金証書の番号（管轄局 種別 西暦年 番号）

⑤労働者の性別 1男 3女　⑥労働者の生年月日 元号 年 月 日（1～9年は右へ 1～9月は右へ 1～9日は右へ）　⑦負傷又は発病年月日 年 月 日（1～9年は右へ 1～9月は右へ 1～9日は右へ）

⑧受付年月日 ※ 年 月 日

⑨労働者の氏名（　　歳）　シメイ（カタカナ）：姓と名の間は１字あけて記入してください。

住所　職種

㉕郵便番号 ―

⑪支払コード ※ 6 医療機関　⑬審査コード ※

⑭金融機関コード ※ 金融機関 店舗

⑮預金の種類 1普通 3当座　⑯口座番号

振込口座

振込を希望する金融機関の名称 銀行 金庫 組合 店 所

⑰ メイギニン（カタカナ）：姓と名の間は１字あけて記入してください。

⑱ （つづき）メイギニン（カタカナ）

口座名義人

事業の名称

診療機関名

傷病名

内訳書

項目	検査等の内訳	点数	金額
初診		点	円
再診	回		
検査	回 回 回 回		
レントゲン	回 回 回		
その他（意見書・診断書）			

項目	検査等の内訳		点数	金額	備考
入院	入院年月日	年 月 日	点	円	
	病 診 衣	入院料 × 日間			
		× 日間			
		× 日間			
		入院時医学管理料 × 日間			
		× 日間			
		× 日間			
		× 日間			
食事	基準	円× 日間	備考		
		円× 日間			
		円× 日間			
		円× 日間			
	食事療養	円			

検査に要した費用等の額（合計）　（　　点）　⑲ 千万 百万 十万 万 千 百 十 円

⑳費用の種別 ※ 5　㉑検査等年月日 年 月 日（1～9年は右へ 1～9月は右へ 1～9日は右へ）

年　月　日付けをもって依頼のあった上記の者にかかる　　の費用を請求します。

郵便番号 ―　電話 局 番

年　月　日

住所　（　方）

請求人（病院又は診療所）の

氏名　印

（記名押印又は署名）

労働基準監督署長　殿

◎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（◀）の所を谷に折りさらに２つ折りにしてください。

（注　意）

1　□□□で表示された枠(以下、記入枠という。)に記入する文字は、光学式文字読取装置(OCR)で直接読取りを行いますので、汚したり、穴をあけたり、必要以上に強く折りまげたり、糊づけしたりしないでください。

2　記載すべき事項のない欄又は記入枠は、空欄のままとしてください。

3　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りょうに記載してください。

4　労働者が傷病(補償)年金の受給権者以外である場合は、④は記載する必要がありません。

5　労働者が傷病(補償)年金の受給権者である場合は、③、⑥、⑦は記載する必要がありません。