

標準	字	体	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	〃	。 -
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	



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
※ 34261		1業 3通			1自 3委 5他	1委任 3未支給 5委未	

(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。
 一、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は「付録事項」を併せて記入してください。(ただし⑤及び⑩欄の元号については該記番号を記入枠に記入してください。)
 二、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。
 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。

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。折り曲げる場合は()の所を合折りをし、折りとしてください。

③ 労働保険番号	④ 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)
⑦ 負傷又は発病年月日 (元号 年 月 日)	⑧ 金融機関コード
⑨ 労働者の氏名 (カタカナ) : 姓と名の間は1文字あけて記入してください。濁点・半濁点は1文字として記入してください。	⑩ 郵便番号
⑪ 住所	⑫ 職種
⑬ 新規・変更 (振込希望金融機関名、口座名義人)	⑭ 預金の種類 (1普通 3当座)
⑮ 口座番号 (左詰め)	⑯ メイギン (カタカナ) : 姓と名の間は1文字あけて記入してください。濁点・半濁点は1文字として記入してください。
⑰ 事業の名称	⑱ 所在地
⑲ 事業主の氏名	⑳ 事業場の所在地
㉑ (イ) 傷病名	㉒ 所在地 (病院又は診療所の名称)
㉓ 薬剤師の証明 (ロ) 療養の内容	㉔ 療養に要した費用の額 (内訳裏面のとおりに)
㉕ 療養の給付を受けなかった理由	㉖ 療養期間の初日 (元号 年 月 日)
	㉗ 療養期間の末日 (元号 年 月 日)
	㉘ 調剤数量

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。

年 月 日 住所 (方) 電話() -

請求人の 氏名 印

労働基準監督署長 殿

(ニ) 労働者の 所属事業場の 名称・所在地	(ホ) 負傷又は発病の時刻		(ヘ) 災害発生の 事実を確認 した者の 職名 氏名
	午 前	後 時 分頃	
(ト) 災害の原因及び発生状況 (ア) どのような場所で(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)どのような不安全な又は有害な状態があつて(オ)どのような災害が発生したか(カ)⑦と初診日が異なる場合はその理由を詳細に記入すること。			

療養の内訳及び金額

病院又は 診療所の	名 称	
	所在地	
担当医 氏 名	1.	3.
	2.	4.

医師 番号	処方月日	調剤月日	処 方		調剤 数量	調 剤 報 酬 点 数		
			医薬品名・規格・用量・剤型・用法	単位薬剤料(点)		調剤料(点)	薬剤料(点)	加算料(点)
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
受付回数	回	摘要						
	調剤基本料	(点)	時間外等加算	(点)	指導料	(点)	合計点数	(点)
							合計金額	(円)

(注 意)

- 共通の注意事項
 - この請求書は、薬局から薬剤の支給をう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○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。
- 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。
 - (ヘ)は、災害発生の事実を確認した者(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。
 - (ヘ)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、「病院又は診療所の診療担当者氏名」の欄、「薬局の調剤担当者氏名」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こと。

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(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。		
	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)			

表面の記入枠 を訂正したと きの訂正印欄	削 加 字 字 印	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	電 話 番 号
				印	() -