

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)

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	ヽ
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うこと。(例) カ"ハ°

帳票種別 ※ **34210** ①管轄局署 ②業通別 **3** 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金書番号 年 証 番 号 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 ⑧補助キー ⑨受付年月日

⑩シメイ(カタカナ) ⑪三者コード ⑫委任未支給 ⑬特別加入者 ⑭審査コード

労働者の氏名 (歳) 住 所 ⑮預金の種類 ⑯口座番号

新規・変更 ⑰メイキニン(カタカナ) ⑱(つづき)メイキニン(カタカナ)

⑲の者については、⑰及び裏面の⑳(通常の通勤の経路及び方法に限る。)㉑㉒㉓㉔に記載したとおりであることを証明します。 事業の名称 電話番号 事業場の所在地 郵便番号 事業主の氏名

医師又は歯科医師等の証明 療養の内容 ⑳期間 年月日 から 年月日まで 日間 診療実日数 日

㉑看視料 年月日から 年月日まで 日間 (看護婦の資格の有・無) ㉒移送費 から まで片道・往復 キロメートル 回 ㉓上記以外の療養費 (内訳別紙請求書又は領収書 枚のとおり) ㉔療養の給付を受けなかった理由 ㉕療養に要した費用の額 (合計)

㉖費用の種類別 ㉗療養期間の初日 ㉘療養期間の末日 ㉙診療実日数 ㉚転帰事由

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。

年 月 日 郵便番号 電話 住所 (方) 請求人の氏名 労働基準監督署長 殿

(注意) 一、〇、□、◇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)で直接読取りを行うので、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こと。
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には該当事項を○で囲むこと。(ただし、⑤、⑥及び⑯欄については該当番号を記入枠に記入すること)
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りように記載すること。

※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載して下さい。折り曲げる場合には(㉔)の所を谷に折りさらに2つ折りにして下さい。

様式第16号の5(1)(裏面)

① 労働者の所属事業場の名称・所在地	② 住所 現認者の氏名			電話	番号
④ 災害の原因及び発生状況					
⑦ 災害発生の場所					
⑧ 通常の通勤の経路・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、所要時間、その他の状況					
⑨ 災害発生の日の就業の場所					
⑩ 負傷又は発病の時刻	午前	午後	時	分	頃
⑪ 災害発生の日の就業開始の予定時刻又は就業終了の時刻	午前	午後	時	分	頃
⑫ 災害発生の日に住居又は就業の場所を離れた時刻	午前	午後	時	分	頃
⑬ 第三者行為災害	該当する・該当しない				
⑭ 健康保険日雇特例被保険者手帳の記号及び番号					
(通常の通勤所要時間 時間 分)					

療養の内訳及び金額

(注 意)

診療内容	点数(点)	診療内容	金額	摘要
初診 時間外・休日・深夜		初診	円	
再診 外来診療料	× 回	再診	円	
継続管理加算	× 回	指導	円	
外来管理加算	× 回	その他	円	
時間外	× 回			
休日	× 回	食事(基準)		
深夜	× 回	円× 日間	円	
指導		円× 日間	円	
在宅 往診	回	円× 日間	円	
夜間	回			
緊急・深夜	回	小計	円	
在宅患者訪問診療	回	摘要		
その他	回			
薬剤	回			
投薬 内服 薬剤	単位 回			
調剤	× 回			
外用 薬剤	単位 回			
調剤	× 回			
処方	× 回			
麻毒	回			
調基	回			
注射 皮下筋肉内	回			
静脈内	回			
その他	回			
処置 薬剤	回			
手術 薬剤	回			
麻酔	回			
検査 薬剤	回			
画像 薬剤	回			
診断 処方せん	回			
その他 薬剤	回			
入院 入院年月日 年 月 日				
病・診・衣	入院基本料・加算			
	× 日間			
	× 日間			
	× 日間			
	× 日間			
特定入院料・その他				
小計	点 ①	円	合計金額 ①+②	円

- 一、共通の注意事項
 - (一) 事項を選択する場合には、該当する事項を丸で囲むこと。
 - (二) ④、⑤及び⑥については、その費用についての明細書及び看護移送等をした者の請求書又は領収書を添えること。
 - (三) ⑦の期間には、最終の投票の期間をも算入すること。
 - (四) ⑧は、労働者の直接所属する事業場が一括適用の取扱いをしている支店、工場、工事現場等の場合に記載すること。
 - (五) ⑨は、どのような場所を、どのような方法で往復している際に、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。
 - (六) ⑫は、請求人が健康保険の日雇特例被保険者でない場合には、記載する必要がないこと。
- 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
 - (一) ④は記載する必要がないこと。
 - (二) ⑤は記載する必要がないこと。
 - (三) ⑥は記載する必要がないこと。
 - (四) ⑦は記載する必要がないこと。
 - (五) ⑧は記載する必要がないこと。
 - (六) ⑨は記載する必要がないこと。
 - (七) ⑩は記載する必要がないこと。
 - (八) ⑪は記載する必要がないこと。
 - (九) ⑫は記載する必要がないこと。
 - (十) ⑬は記載する必要がないこと。
 - (十一) ⑭は記載する必要がないこと。
- 三、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
 - (一) ④、⑤及び⑥から⑩までは記載する必要がないこと。
 - (二) ⑪は記載する必要がないこと。
 - (三) ⑫は記載する必要がないこと。
 - (四) ⑬は記載する必要がないこと。
 - (五) ⑭は記載する必要がないこと。
- 四、「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出来る。

表面の記入枠を訂正したときの訂正印欄	割加字	字	⑩
--------------------	-----	---	---

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
		⑪	