

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

Table with 4 rows and 7 columns of Japanese characters for standard font reference.

濁点、半濁点、点しだは、文字として書いて下さい。(例) カハ。



帳票種別 ①管轄局署 ②業通別
※ 34222 0000 3 (1業 3通)

③ 労働保険番号 ④ 年証番号
府県 所掌 管轄 基幹番号 枝番号 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 受付年月日
(1男 3女) 1 明治 2 昭和 3 平成 4 令和

⑨ 労働者の氏名 (カタカナ) ⑩ 三者コード ⑪ 委任未支給 ⑫ 特別加入者 ⑬ 審査コード
シメイ (カタカナ) 姓と名の間は1文字あけて記入してください。

⑭ 金融機関コード ⑮ 預金の種類 ⑯ 口座番号
金融機関 店舗 1 普通 3 当座

⑰ メイギニン (カタカナ) ⑱ (つづき) メイギニン (カタカナ)
下の欄及び⑮から⑯までの欄は、口座を新規に届け出る場合、又は、届け出た口座を変更する場合のみ記入してください。

新規・変更
振込希望 口座名義人 銀行 支店 口座番号

⑲の者については⑳及び裏面の(チ)(通常の通勤の経路及び方法に限る。)リ、(ヌ)、(ハ)、(ワ)、(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 電話番号 事業場の所在地 郵便番号

事業主の氏名 (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) 印

(注意) 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。
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。

柔道整復師の証明
年 月 日 施術所の名称 住所 氏名 郵便番号 電話番号

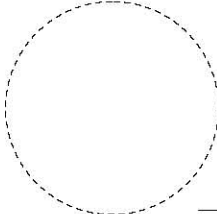
療養の内容 (イ)期間 年月日から 年月日まで 日間 施術実日数 日

傷病の経過の概要 年 月 日 治ゆ・継続中・転医・中止

⑲指定・指名番号 ⑳療養に要した費用の額(内訳裏面のとおり)
府県種別 一連番号 千 百 十 万 千 百 十 円

⑳療養期間の初日 ㉑療養期間の末日 ㉒施術実日数 ㉓転帰事由
1 治ゆ 3 継続 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



請求人の 年 月 日 住所 ( ) 方) 氏名 印 労働基準監督署長 殿

郵便番号 電話番号 局番

※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、(▲)の所を谷に折りさらに2つ折りにしてください。

(注意) 一、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(○)でかこんでください。三、(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。四、(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。五、(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。六、(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。七、(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。八、(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。九、(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。十、(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。十一、(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。十二、(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。十三、(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。十四、(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。十五、(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。十六、(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。十七、(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。十八、(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。十九、(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。二十、(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。

様式第16号の5(3)(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	
(ホ) 労働者の所属事業場の名称・所在地	(ハ) 現記者の住所 氏名 電話 部署	
(ト) 災害の原因及び発生状況		
(チ) 負傷又は発病の年月日及び時刻	年 月 日 午 前 後 時 分 (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派生の場所に至った経路、方法、時間、その他の状況	
(ツ) 災害発生の場所		
(リ) 就業の場所 (災害時の通勤の種別がイ、ロ又はハに該当する場合は移動の終点たる就業の場所)		
(ヲ) 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、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
(ワ) 住居を離れた年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別がイ、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
(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
(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
(ク) 第三者行為災害		該当する・該当しない
(ケ) 健康保険日雇特例被保険者手帳の記号及び番号		(通常の移動の所要時間 時間 分)
(ク) 転任の事実の有無(災害時の通勤の種別がロ又はホに該当する場合は)	有・無 (ツ) 転任直前の住居に係る住所	

療養の内訳及び金額	初 検 料	初検年月日 平成 年 月 日 時 分	時間外・深夜・休日加算	円	千	円			
	再 検 料	回	円	指導管理料	回	円			
	運動療法料	回	円	施術情報提供料		円			
	休業(補償)給付証明料	回	円	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			
	整 復 固 定 料	傷病名及び部位		金 額	特 別 材 料 料				
		イ		円		円			
		ロ							
		ハ							
	後 療 料	イ	回	円	包帯交換料	回	円		
		ロ							
		ハ							
		ニ							
	電 療 料	イ	回	ロ	回	ハ	回	ニ	回
		電 法 料	冷電法	イ	回	ロ	回	ハ	回
温電法	イ		回	ロ	回	ハ	回	ニ	回
そ の 他									
合 計						千	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。
  - (ホ)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。
  - (ト)は、どのような場所をどのような方法で移動している際に、どのような物で又はどのような状況において、どのような災害が発生したかを簡明に記載すること。
  - (リ)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。
- 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、記載する必要がないこと。
  - 第2回以後の請求の場合には、(ハ)から(ロ)まで、並びに(ツ)及び(ク)については記載する必要がなく、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
  - (3)、(6)、(7)及び(ハ)から(ク)まで、並びに(ツ)及び(ク)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。

委 任 状

わたくしは、柔道整復師 \_\_\_\_\_ を代理人と定め、わたく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 \_\_\_\_\_ 印

氏名 \_\_\_\_\_ (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の表示	氏 名	電 話 番 号
		印	