■ **様式第7号(3)(表面)** 労働者災害補償保険 ■

**業務災害用**
**複数業務要因災害用**

第　　回

## 療養補償給付及び複数事業労働者療養給付たる療養の費用請求書(同一傷病分)

（柔）

| 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 | |

※帳票種別 3 4 2 6 2

①管轄局署 □□□□

②業通別 1　（1業　3通）

⑧受付年月日 元号 年 月 日 □□□□□□□

⑩三者コード □（1自　3労　5他）

⑪委任未支給 □（1委任　3未支給　7柔整）

⑫特別加入者 □□

⑬審査コード □

（注意）

一、□□□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曲げたり、のりづけしたりしないでください。

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には該当事項を○で囲んでください。（ただし、⑤及び⑯欄並びに⑥及び⑦欄の元号については該当番号を記入枠に記入してください。）

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。

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（1明治　3大正　5昭和　7平成　9令和）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　元号 年 月 日　□□□□□□□　1~9年は右へ　1~9月は右へ　1~9日は右へ

※⑭金融機関コード　金融機関｜店舗　□□□□□□□

※⑮郵便局コード　□□□□□□

⑨労働者の

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。濁点・半濁点は1文字として記入してください。□□□□□□□□□□□□□□□□

氏名　　　　（　　歳）

職種

住所　㉖郵便番号 □□□－□□□□

右の欄及び⑯から⑲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

振込を希望する金融機関の名称　銀行・金庫　農協・漁協　信組　本店・本所　出張所　支店・支所

口座名義人

⑯預金の種類　（1普通　3当座）□

⑰口座番号（左詰め。ゆうちょ銀行の場合は、記号（5桁）は左詰め、番号は右詰めで記入し、空欄には「0」を記入。）□□□□□□□□□□□□□□

⑱メイギニン（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。□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

⑲（つづき）メイギニン（カタカナ）□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

⑨の者については、⑦並びに裏面の(ホ)及び(ト)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

（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）

（注意）派遣労働者について、療養補償給付又は複数事業労働者療養給付のみの請求がなされる場合にあっては、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。

**柔道整復師の証明**

⑨の者については、(イ)から(ハ)まで及び㉑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　　　　電話(　　　)　－

住所

氏名

| | |
|---|---|
| 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　府県｜種別｜一連番号　□□□□□□□□

㉑療養に要した費用の額（内訳裏面のとおり。）　千万 百万 十万 万 千 百 十 円　□□□□□□□□

※　㉒療養期間の初日　元号 年 月 日　□□□□□□□ から　1~9年は右へ　1~9月は右へ　1~9日は右へ

㉓療養期間の末日　元号 年 月 日　□□□□□□□ まで　1~9年は右へ　1~9月は右へ　1~9日は右へ

㉔施術実日数　□□□ 日

㉕転帰事由　□（1治癒（症状固定）　3継続　5転医　7中止）

上記により療養補償給付又は複数事業労働者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

請求人の　住所　　　　　（　　　方）

氏名

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（◀）の所を谷に折りさらに2つ折りにしてください。