

(二) 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 午後 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(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	初検料	初検年月日 平成 年 月 日 時頃	時間外・深夜・休日加算	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																					
	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																			
	冷電法	イ	回	ロ	回	ハ	回	ニ	回																		
電法料	温電法	イ	回	ロ	回	ハ	回	ニ	回																		
	その他																										
合 計																											

(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○で囲むこと。
  - (二)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。
- 傷病補償年金又は複数事業労働者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。
  - (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。
- 傷病補償年金又は複数事業労働者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(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。
- 複数事業労働者療養給付の請求は、療養補償給付の支給決定がなされた場合、遡って請求されなかったものとみなすこと。
- ⑥「その他就業先の有無」欄の記載がない場合又は複数就業していない場合は、複数事業労働者療養給付の請求はないものとして取り扱うこと。
- 疾病に係る請求の場合、脳・心臓疾患、精神障害及びその他二以上の事業の業務を要因とすることが明らかな疾病以外は、療養補償給付のみで請求されることとなること。

⑥その他就業先の有無	
有	有の場合の数 (ただし表面の事業場を含まない)
無	
有の場合で いずれかの 事業で特別 加入してい る場合の特 別加入状況 (ただし表 面の事業を 含まない)	労働保険事務組合又は特別加入団体の名称 加入年月日 年 月 日
労働保険番号(特別加入)	

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( ) -
	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)

委任状

私は、柔道整復師 \_\_\_\_\_ を代理人と定め、私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  
氏名

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
			( ) -