

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	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勞 5他	1委任 3未支給 5未未	

(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瞭に記入してください。
 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は「付」の印を記入してください。(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入してください。
 四、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」の印を記入してください。(ただし⑤及び⑩欄の元号については該記号を記入枠に記入してください。)
 五、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たり、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。

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()の所を合に折りすべしと折りしていただく。

③ 労働保険番号	府 県	所 掌	管 轄	基 幹	番 号	枝 番	番 号	④ 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	⑭ 金融機関コード		⑮ 郵便局コード					
1男 3女	1明治 3大正 5昭和 7平成									
⑨ 労働者の氏名 (歳) 職 種										
住所 ⑭ 郵便番号										
⑩ 新規・変更										
⑯ 預金の種類										
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 (つづき) メイギニン (カタカナ)										
⑲										
⑩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 電話番号 局番										
年月日 事業場の所在地 郵便番号										
事業主の氏名 印										
(注意) 派遣労働者について、療養補償給付のみの請求がなされる場合にあっては、派遣元事業主は、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。										
(イ) 傷病名 ⑩の者については、(イ)に記載したとおりであることを証明します。										
所在地 郵便番号										
年月日 病院又は診療所の名称 電話番号 局番										
診療担当者氏名 印										
⑩の者については、(ロ)、⑳に記載したとおりであること及び(ロ)、㉑に記載した事項は、医師の処方に基づくものであることを証明します。										
所在地 郵便番号										
年月日 薬局の名称 電話番号 局番										
調剤担当者氏名 印										
(ロ) 療養の内容 期間 年月日から 年月日まで 日間 調剤実日数 日										
(ハ) 療養の給付を受けなかった理由										
㉒ 療養に要した費用の額 (内訳裏面のとおりに) 千万 百万 十万 万 千 百 十 円										
⑳ 療養期間の初日 ㉓ 療養期間の末日 ㉔ 調剤数量										
元号 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										

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。

郵便番号 電話 局番

年 月 日

住所 (方)

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 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		摘要						
		回						
	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、該当する事項を丸で囲むこと。
 - (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。
 - (ト)は、どのような場所で、どのような作業をしているときに、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。
- 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。

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。			局 番
	事業の名称	電話番号		
	年 月 日	事業場の所在地	郵便番号	—
	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	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	