

標準
字體

0	5	ア	カ	サ	タ	ナ	ハ	マ	ヤ	ラ	ワ	○濁点、半角は一文字で書いてさい。 (例)
1	6	イ	キ	シ	チ	ニ	ヒ	ミ		リン		
2	7	ウ	ク	ス	ツ	ヌ	フ	ム	ユ	ル	〃	
3	8	エ	ケ	セ	テ	ネ	ヘ	メ		レ	。	
4	9	オ	コ	ソ	ト	ノ	ホ	モ	ヨ	ロ	一	力 〃 ハ 。

○濁点、半濁点は一文字として書いてください。
(例)

(柔)

帳票種別

①管轄局署

②業通別

✱ 3 4 2 2 2

--	--	--	--

1業
3通

(注意)

- 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」にならうて、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には該当事項を○でかこんでください。(ただし、⑤⑥及び⑩欄については該番号を記入枠記入とください。)
- 一、日○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

③ 労働保険番号	府 県 所 掌 管 轄 基 幹 番 号 枝 番 号	④ 年金証の番号	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	元号 年 月 日	年 月 日	年 月 日
1明治 3大正 5昭和 7平成	1~9年は右へ↑ 1~9月は右へ↑ 1~9日は右へ↑	1~9年は右へ↑ 1~9月は右へ↑ 1~9日は右へ↑	※
⑨ 労働者の氏名	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。		⑩ 三者コード ⑪ 委任未支給 ⑫ 特別加入者 ⑬ 審査コード
の住所	⑭ 郵便番号		※ 1自 3労 5他 1委任 3未支給 7柔整
	⑮ 現在の職種 ⑯ 口座番号		⑭ 金融機関コード
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。	⑮ 新規・変更		
振替の金融機関名	銀行 金融組合		
口座名義人	店 所		
	⑯ ⑨の者については⑦及び裏面(ホ)、(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
	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)		
⑨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。	郵便番号 —		
年 月 日	施術所の名称	電話番号	局番
	住 所		
	氏 名		印
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	② 当院での記入欄		
(ハ)傷病の経過の概要			
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 万 百 万 十 万 万 千 百 十 円		
② 療養期間の初日	③ 療養期間の末日	④ 施術実日数	⑤ 転帰事由
年 月 日	年 月 日	日	1 治ゆ 3 継続 5 転医 7 中止
※	から	まで	
1~9年は右へ↑ 1~9月は右へ↑ 1~9日は右へ↑	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。

患者様本人の記入欄

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。

様式第7号(3) (裏面)

労働者の (二)所属事業場の 名称・所在地	(ホ) 負傷又は発病の時刻	(ヘ) 職名 災害発生 の事実を 確認した 者の氏名
	午 前 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		
患者様の事業所記入欄		

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		千		円	
	再 検 料		回					指 導 管 理 料		回			円	
	運動療法料		回					施術情報提供料					円	
	休業（補償）給付証明料			回				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 初回処置	傷病名及び部位				金 額		特 別 材 料 料						
		イ				円		円						
		ロ												
		ハ												
	後 療 料	イ				円		包帯交換料						
		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	ニ		回	
	温 電 法	イ		回	ロ		回	ハ		回	ニ		回	
そ の 他														
合 計												千		円

- (注 意)
1. 共通の注意事項
(1) 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。
(2) 事項を選択する場合には、該当する事項を丸で囲むこと。
(3) (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している支店、工場、工事現場等の場合に記載すること。
(4) (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、どのような災害が発生したかを簡明に記載すること。
 2. 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
(1) ④は、記載する必要がないこと。
(2) (ヘ)は、災害発生の実事を確認した者(確認した者が多数あるときは、最初に発見した者)に記載すること。
(3) (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。
(4) 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。
 3. 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
(1) ③、⑥、⑦及び(ホ)から(ト)までは記載する必要がないこと。
(2) 事業主の証明は受ける必要がないこと。
 4. 「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	額を受領する委任し
年 月 日	委任者の住所
氏名	印 (記名押印又は署名)
患者様本人の記入欄	

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	