

標準
字體

0	5	ア	カ	サ	タ	ナ	ハ	マ	ヤ	ラ	ワ
1	6	イ	キ	シ	チ	ニ	ヒ	ミ		リ	シ
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	ー

○濁点、半濁点は一文字として書いてください。
(例)

柔

療養給付たる療養の費用請求書（同一傷病分）

帳票種別

①管轄局署

②業通別

✱ 3 4 2 2 2

--	--	--	--

3 1業
3通

③ 労働保 険番号	府 県	所 掌	管 轄	基 幹 番 号				枝 番 号				④ 年 証 の 番 号 金 書 号	管 轄 局	種 別	西 暦 年	番 号			

⑤労働者の性別 1男 3女 明大 治正 昭平 和成	⑥労働者の生年月日 元号年月日 1～9年は右へ↑ 1～9月は右へ↑ 1～9日は右へ↑	⑦負傷又は発病年月日 年月日 1～9年は右へ↑ 1～9月は右へ↑ 1～9日は右へ↑	⑧受付年月日 年月日 1～9年は右へ↑ 1～9月は右へ↑ 1～9日は右へ↑
--	--	--	--

⑨ 労	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。												⑪三者コード		⑫委任未支給		⑬特別加入者		⑭審査コード	
													※	1 自 3 労 5 他		1 委任 3 未支給 7 柔整				

[illegible]

患者様の事業所記入欄

[illegible][illegible]

金融機関名	店名	⑧の者については⑦及び裏面の(チ)(通常の通勤の経路及び方法に限る。)(リ)、(ヌ)、(ル)、(ヲ)、(カ)、(ヨ)及び(ソ)に記載したとおりであることを証明します。
口座番号	住所	

座 名 義 人	事業の名称		電話番号
	年 月 日	事業場の所在地	郵便番号

(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。

⑨の者については、(イ)から(ハ)まで及び⑩に記載したとおりであることを証明します。

柔	年	月	日	施術所の名称	郵便番号	—
					電話番号	

復 師 (ロ) 傷病の部位及び傷病名 当院での記入欄

の 証	概 要	年 月 日 治ゆ・継続中・転医・中止
	⑱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。)

[illegible]

②療養期間の初日 年 月 日 □□ □□ □□ □□ □□ □□	②療養期間の末日 年 月 日 □□ □□ □□ □□ □□ □□	③施術実日数 □□ □□ □□	④転帰事由 □□ 1 治ゆ
--	--	--------------------	------------------

※ から まで 日 中止

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

上記により療養給付たる療養の費用の支給を請求します

年

患者様本人の記入欄

請求人の 氏名

労働基準監督署長 殿

(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」にならつて、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⑨欄については該当事項を記入枠に記入してください。)
- 一、①②で表示された枠(以下、枠枠といふ)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 ハ. 就業の場所から他の就業の場所への移動 ニ. イに先行する住居間の移動		ロ. 就業の場所から住居への移動 ホ. ロに後続する住居間の移動	
(ホ) 労働者の 所属事業場の 名称・所在地		(ヘ) 現認者の 住所 氏名		電話	局番
(ト) 災害の原因及び発生状況					
(リ) 負傷又は発病の年月日及び時刻		年 月 日 午 前後 時 分頃		(チ) 災害時の通勤の種別に関する移動の通常経過・方法及び所要時間並びに災害発生の日 に被災した事業場の場所から災害発生の場所に至った経過、手段等その他の状況	
(ヌ) 災害発生の場所					
(ル) 就業の場所 (災害時の通勤の種別がイ、ハ又はロに該当する場合は記載すること)					
(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、ハ又はロに該当する場合は記載すること)					
(ヅ) 住居を離れた年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別がイ、ハ又はロに該当する場合は記載すること)					
(カ) 就業終了の年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別がイ、ハ又はロに該当する場合は記載すること)					
(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)					
(ク) 第三者行為災害					
(ケ) 健康保険日雇特例費保険者手帳の 記号及び番号		(通常移動の所要時間 時間 分)			
(ク) 転任の事実の有無(災害時の通勤の 種別がニ又はホに該当する場合)		有・無		(ツ) 転任直前の住居に係る住所	

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	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 初回処置	傷病名及び部位		金 額	特 別 材 料 料			
		イ		円				
		ロ						
		ハ						
	後 療 料	イ	回	円	包帯交換料			
		ロ						
		ハ						
		ニ						
	電 療 料	イ	回	ロ	回	ハ	回	ニ
	電 法 料	冷 電 法	イ	回	ロ	回	ハ	回
温 電 法		イ	回	ロ	回	ハ	回	
そ の 他								
合 計						千	円	

当院での記入欄

- (注 意)
- 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) (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。
(4) (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。
(5) (レ)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
(1) ④は、記載する必要がないこと。
(2) 第2回以後の請求の場合には、(ヘ)から(ヨ)まで、並びに(ソ)及び(ツ)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
(1) ③、⑥、⑦及び(ヘ)から(タ)まで、並びに(ソ)及び(ツ)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。
 - 「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 氏を代理人と定め、わたくしが請求する表記療養の費用につき労災 氏を委任する。	
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	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
	加 字			印	