

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
※ 34263		1業 3通			1自 3勞 5他	1委任 3未支給 7はり師	

(注意) 一、二、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。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を明りょうに記載してください。
 一、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「ハ」及び「ニ」の文字を記入してください。
 二、記入すべき文字は、必ず式文字で記載(OCR)で直接取りを行うので活字、六をあげたり、必要以下に強く折曲げたり、のりづけたりしないでください。
 三、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、六をあげたり、必要以下に強く折曲げたり、のりづけたりしないでください。

③ 労働保険番号	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
(1男 3女)	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			⑮ 郵便局コード
住所			職種

⑩ 振込の希望金融機関	⑪ 口座番号(左詰め)
振込の希望金融機関	
⑫ 口座名義人	⑬ メイギン(カタカナ)

⑯ 事業の名称	⑰ 電話番号
年月日	⑱ 事業場の所在地
⑲ 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)	

⑲ 年の者については、(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	⑳ 施術所の名称
	住所
	氏名

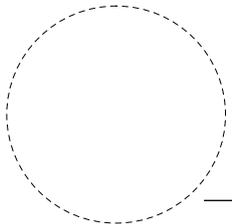
療養の内容	(イ) 期間	年月日から 年月日まで	日間 施術実日数 日
(ロ) 傷病の部位及び傷病名			
(ハ) 傷病の経過の概要	年月日 治ゆ・継続中・転医・中止		

⑳ 指定・指名番号	㉑ 療養に要した費用の額(内訳裏面のとおりに)
府県 種別 一連番号	千万 百万 十万 万 千 百 十 円

㉒ 療養期間の初日	㉓ 療養期間の末日	㉔ 施術実日数	㉕ 転帰事由
元号 年 月 日	元号 年 月 日		1 治癒 3 継続 5 転医 7 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		

上記により療養補償給付たる療養の費用の支給を請求します。

年月日	郵便番号	電話
請求人の住所	(方)	
氏名	印	



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()の所を合に折りをきりこみ折りにしてください。

様式第7号(4) (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) 災害発生 の事実を 確認した 者の氏名	職名
	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

(注 意)

種		別				金	額	
初 検 料	初 検 年 月 日	加 算 料 金			千	円		
	年 月 日 時 頃	時間外・休日	円					
往 療 料	距 離 (片 道)	回 数	1 回 の 料 金	夜 間 加 算 料 金		円		
	キ ロ メ ー ト ル	回	円	円				
施 術 料	は り ・ き ゅ う	施 術 名	回 数	1 回 の 料 金	/			
		は り	回	円				
		き ゅ う						
		は り ・ き ゅ う 併 用						
		電 気 療 法						
	マ ッ サ ー ジ	電 気 針						
		電 気 温 灸 器						
		マ ッ サ ー ジ						
		あ ん 法 料						
		変 形 徒 手 矯 正 術		(肢)				
光 線 療 法	極 超 短 波 (超 短 波)							
	低 周 波							
は り 又 は き ゅ う と マ ッ サ ー ジ の 併 用								
合 計								
備 考 : (イ) は り ・ き ゅ う の み (ロ) は り ・ き ゅ う と 一 般 医 療								

一、共通の注意事項
 (一) この請求書は、あん摩マッサージ指圧師・はり師・きゅう師から施術を受けた場合に提出すること。
 (二) マッサージの施術を受けた者は、初療の日及び初療の日から六か月を経過した日並びに六か月を経過した日以降三か月ごとの請求書に、医師の診断書を添えること。
 (三) はり・きゅうの施術を受けた者は、初療の日及び初療の日から六か月を経過した日の請求書に、医師の診断書を添えること。また、初療の日から九か月を経過する場合は、はり師又はきゅう師の意見書及び症状経過表、更に医師の診断書、意見書を添えること。
 (四) 事項を選択する場合には、該当する事項を丸で囲むこと。
 (五) 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。
 (六) は、どのような場所、どのような作業をしているときに、どのような物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。
 二、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
 (一) は、記載する必要があること。
 (二) は、災害発生の実態を確認した者（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。
 (三) は、第二回以後の請求の場合には記載する必要があること。
 (四) は、第二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。

三、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
 (一) ③、⑥、⑦及び(ハ)までは記載する必要があること。
 (二) 「事業主の証明は受ける必要がないこと」の欄及び「請求人の氏名」の欄は、記名押印することによって代えて、自筆による署名をすることが出来る。

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。		
	年 月 日	事業の名称	電話番号
		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)			

委任状	わたくしは、あん摩マッサージ指圧師・はり師・きゅう師 _____ 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 印
	(記名押印又は署名)

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	