

業務災害用
複数業務要因災害用

療養補償給付及び複数事業労働者療養給付たる療養の費用請求書(同一傷病分)

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	③ 受付年月日	④ 三者コード	⑤ 委任未支給	⑥ 特別加入者	⑦ 審査コード
34261		1業 3通			1 自 3 労 5 他	1 委任 3 未支給 5 未未	

③ 労働保険番号	府 県 所 掌 管 轄 基 幹 番 号 枝 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
1 男 3 女	1 明治 3 大正 5 昭和 7 平成 9 令和	
	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

⑧ 労働者の氏名	⑨ 郵便番号	⑩ 職種

⑪ 労働者の住所	⑫ 金融機関	⑬ 店舗

⑭ 新規・変更	⑮ 預金の種類	⑯ 口座番号
振込の金額 希望機称 口座名義人	1 普通 3 当座	
	メイギニン (カタカナ) : 姓と名の間は1文字あけて記入してください。濁点・半濁点は1文字として記入してください。	
	⑰ (つづき) メイギニン (カタカナ)	

⑱ ⑨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() -
	年 月 日 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)	
	(注意) 派遣労働者について、療養補償給付又は複数事業労働者療養給付のみの請求がなされる場合にあっては、派遣先事業主は、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	⑨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
	年 月 日 病院又は診療所の名称
	診療担当者氏名

薬剤師の証明	⑨の者については、(ロ)、⑩に記載したとおりであること及び(ロ)、⑩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
	年 月 日 薬局の名称
	調剤担当者氏名
	(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	⑪ 療養に要した費用の額 (内訳裏面のとおりの)	
	千 万 百 万 十 万 万 千 百 十 円	
⑫ 療養期間の初日	⑬ 療養期間の末日	⑭ 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	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又は複数事業労働者療養給付たる療養の費用の支給を請求します。

年 月 日	〒 -	電話() -
請求人の住所	(方)	
氏名		
労働基準監督署長 殿		

(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又は該当事項を○で囲んでください。三、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。四、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。五、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。六、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。七、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。八、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。九、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。十、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。十一、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。十二、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。十三、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。十四、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。十五、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。十六、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。十七、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。十八、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。十九、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。二十、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。二十一、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。二十二、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。二十三、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。二十四、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。二十五、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。二十六、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。二十七、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。二十八、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。二十九、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。三十、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。三十一、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。三十二、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。三十三、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。三十四、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。三十五、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。三十六、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。三十七、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。三十八、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。三十九、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。四十、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。四十一、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。四十二、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。四十三、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。四十四、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。四十五、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。四十六、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。四十七、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。四十八、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。四十九、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。五十、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。五十一、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。五十二、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。五十三、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。五十四、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。五十五、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。五十六、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。五十七、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。五十八、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。五十九、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。六十、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。六十一、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。六十二、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。六十三、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。六十四、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。六十五、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。六十六、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。六十七、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。六十八、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。六十九、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。七十、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。七十一、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。七十二、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。七十三、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。七十四、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。七十五、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。七十六、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。七十七、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。七十八、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。七十九、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。八十、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。八十一、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。八十二、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。八十三、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。八十四、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。八十五、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。八十六、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。八十七、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。八十八、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。八十九、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。九十、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。九十一、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。九十二、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。九十三、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。九十四、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。九十五、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。九十六、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。九十七、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。九十八、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。九十九、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。百、(イ)及び(ロ)欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。

※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、(ハ)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(2)(裏面)

(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) 職名
	午前 午後 時 分頃	災害発生 の事実を 確認した 者の氏名
(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(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

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)		薬剤調製料 調剤管理料 (点)	薬剤料(点)	加算料(点)
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
受付 回数	回	摘要						
	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) 1. 共通の注意事項
- (1) この請求書は、薬局から薬剤の支給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○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。
2. 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
- (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)を記載すること。
 - (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
- (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. 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。
5. ②④「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。
6. 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。

②④その他就業先の有無	
有	有の場合のその数 (ただし表面の事業場を含まない)
無	社
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。		
	年 月 日	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)	

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
			() —