

※ 帳 票 種 別	①管轄局署	②業通別	⑧受付年月日 元 号 年 月 日	⑩三者コード	⑪委任未支給 1 自 3 勞 5 他	⑫特別加入者	⑬審査コード
34265		3 業 3 通					

③	府 県	所 掌	管 轄	基 幹	番 号	枝 番 号	④ 年 証 金 書 番 号	管 轄 局	種 別	西 暦 年	番 号
労働保険番号											
⑤労働者の性別 ☐ 男 ☐ 女 ⑥労働者の生年月日 元 号 年 月 日 ⑦負傷又は発病年月日 元 号 年 月 日 											
								※⑭金融機関コード 			
								※⑮郵便局コード 			
シメイ（カタカナ）：姓と名の間は1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。											
③ 労働者氏名											
の											
住 所	⑭郵便番号 -										

座を 新規に 変更する 場合、 又は、 届けた 口座を 右の欄 及び⑬ から⑮ までの 欄は、 口座を	新規・変更		振込の金額希望名称	銀行金融機関名	⑬預金の種類 1 普通 3 当座	⑭ 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。 メイギニン (カタカナ) : 姓と名の間は1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。														
			口座名義人	本店本所出張所支店支所	⑮	(つづき) メイギニン (カタカナ) ⑯														

⑨の者については、⑦並びに裏面の(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。

	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) 1 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。
2 派遣労働者について、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。

医 師 証 明 欄	(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。	
	年 月 日 病 院 又 は 所 在 地	〒 —
	診 療 所 の 名 称	電話 () —
	診療担当者氏名	

訪問看護事業	⑨の者については、(ロ)及び⑩に記載したとおりであること及び(ロ)に記載した事項は_____医師の指示に基づくものであることを証明します。													
	年		月	日	訪	問	看	護	所	在	地	〒	—	
					事	業	者	の	名		称	電話(	)	—
	訪問看護担当者													

受 給 者 の 証 明	療養の内容	(ロ)期間	年				月				日から				年				月				日まで				日間	訪問看護の日数	日
	⑳ 療養に要した費用の額 (内訳裏面のとおり。)	千 百 万 十 万 万 千 百 十 円		(ハ)療養の給付を受けなかった理由																									

※

㉑訪問開始年月日							㉒訪問終了年月日							㉓実日数		
元	号	年	月	日			元	号	年	月	日					
1～9年を右へ							1～9年を右へ							1～9年を右へ		

から

まで

日

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 月 日 〒 — 電話() —

請求人の

住所 (方)

氏名

労働基準監督署長 殿

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に該事項を○で囲んでください。（ただし、⑤及び⑬欄並びに⑥及び⑦欄の元号については該番目を記入枠に記入してください。）

一、□□□で表示された枠（以下、記入枠という。）に記入する文字は、光字式文字读取装置（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曲げたり、のりづけたりしないでください（注意）

※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(5) (裏面)

(ニ) 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) 住所	
				氏名	電話() —
(ト) 災害の原因及び発生状況 (ア) どのような場所を (イ) どのような方法で移動している際に (ウ) どのような物で又はどのような状況において (エ) どのようにして災害が発生したか (オ) ⑦と初診日が異なる場合はその理由を簡明に記載すること。					
(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の経路・方法及び所要時間並びに災害発生の日に住居又は就業の場所から災害発生の場所に至った経路、方法、時間その他の状況	
(ヌ) 災害発生場所				(通常の移動の所要時間 時間 分)	
(ル) 就業の場所 (災害時の通勤の種別がイ、ハ又はホに該当する場合は移動の 終点たる就業の場所)					
(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、ハ又はホに該当する場 合は記載すること)		年 月 日 午 前後 時 分頃			
(ワ) 住居を離れた年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別がイ、ニ又はホに該当する場 合は記載すること)		年 月 日 午 前後 時 分頃			
(カ) 就業終了の年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別がロ、ハ又はホに該当する場 合は記載すること)		年 月 日 午 前後 時 分頃			
(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)		年 月 日 午 前後 時 分頃			
(タ) 第三者行為災害		該当する・該当しない			
(レ) 健康保険日雇特例被保険者手帳の記号 及び番号					
(ノ) 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		

療養の内訳及び金額							
傷 病 の 経 過				GAF(コード： 判定した年月日： 年 月 日)			
基本療養費	1 看護 師 等	円×	日	指 示 期 間 (特別指示期間)	年 月 日	～	年 月 日
	2 准 看 護 師	円×	日		年 月 日	～	年 月 日
	3 専門の研修を受けた看護師	円×	日		年 月 日	～	年 月 日
	4 理 学 療 法 士 等	円×	日		年 月 日	～	年 月 日
	加 算	円	加 算	訪 問 日	1	2	3
	加 算	円	加 算		8	9	10
精神科基本療養費	1 看護 師 等	円×	日		15	16	17
	2 作 業 療 法 士	円×	日		22	23	24
	3 准 看 護 師	円×	日		29	30	31
		加 算	円	加 算	主治医への直近報告年月日 年 月 日		
	加 算	円	加 算	提供した情報の概要			
管理療養費	初 日	円		情報提供先の名称			
	2 日 目 以 降	円	日	緊急訪問看護の理由			
	加 算	円	加 算	1 緩和ケア 2 褥瘡ケア 3 人工肛門・人工膀胱ケア			
	加 算	円	加 算	1 緩和ケア 2 褥瘡ケア 3 人工肛門・人工膀胱ケア			
情報提供療養費	円			4 特定行為 ()			
ターミナルケア療 養 費	円 加 算			年 月 日 直 近 見 直 し 年 月 日 年 月 日			
訪問看護ベースアップ評価料	(Ⅰ)	円	専 門 の 研 修	基本療養費			
	(Ⅱ)	円		専門管理加算			
合 計	円			手順書交付年月日			

(注意)

- 共通の注意事項
(1) この請求書は、訪問看護事業者から訪問看護を受けた場合に提出すること。
(2) (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。
(3) (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、(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並びに(ヘ)から(タ)まで、(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。
- 「療養の内訳及び金額」の各欄に書き切れない場合は、余白に記載するか、別紙を添付すること。

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)	

派遣元事業主 証明 欄	派遣元事業主が証明する事項(表面の⑦並びに(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))の記載内容について事実と相違ないことを証明します。
	事業 場 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
			() —