第 Ü

療養補償給付たる療養の費用請求書(同一傷病分)

標準字体 05アカサタナハマヤラワ I 6イキシチニヒミ リン 2 7 ウクスツヌフムユル"

○濁点、半濁点 は一文字とし て記入してく

※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。 事業主の証明が必要です 裏面の注意4を参照してください

※請求人住所・電話番号・郵便番号は 連絡先等になりますので省略不可

※ 3 1	① 管轄局署	3 8 ェケセテネヘメ レ° (例)	
(注意) ※記入	③	技 番 号 ① 管轄局 種別 西暦年 番 号 記 書 の番号	
※記入枠がの年に一、日間で表示されていますべき事項の	(3)労働者の性別 (6)労働者の生年月日 (7)負傷又 (4) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1	は発病年月日 ⑧ 補助キー ⑨ 受付年月日 押 月 日	
□□□で表示された枠(以下、記入枠という。)に記入す記載すべき事項のない欄又は記入枠は、空棚のままと配入枠がのが来でありません。 これ 西の地域 の はい 大神が か 年 いっぱい 本層で表記してください	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。 (明)	①三者コード ②委任末支給 ② 特別加入者 ① 事査コード	
配入枠は、記入枠と、	(動) (多郵便番号 者 氏 名 (歳)	● 金融機関店舗 ※機関コード	
を欄のままとし、整備のままとし、	の 住 所 下の欄及び動から®までの欄は、	□ 預金の種類 □ □ □ 座番号 □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	
記入枠という。)に記入する文字は、野風をは、空禰のままとし、事項を成れてくない。	ロ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配入してください。	生と名の間は1字あけて記入してください。	
	振	9 h t)	
文字読取装			
置(OCR 開放上	中 年 月 日 事業の名称 本 月 日 事業場の所在地	der terratik tri	
で直接読品をして新規	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) (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) (法人		
の場合振 裏面委任	 整機称 所 値の者については⑦及び裏面®、⑤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 事業の名称 電話番号 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) 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) の者については、⑦から②まで及び②に記載したとおりであることを証明します。 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) 本 年 月 日 施術所の 名 称 電話番号 事態のののでは表面療養の内訳と関連する事項ですので省略不可です。 氏名 		
DIE	※証明施術所への御願い ②から②は裏面療養の内訳と関連 する事項ですので省略不可です。 氏名	(8)	
上 と	振 養 の 内 容 ② 期間 年 月 復 ② 傷病の部位及び傷病名	日から 年 月 日まで 日間 施術実日数 日	
穴をあけたり、穴をあけたり、	師		
とでは該当事号を記入枠に記入しては該当事号を記入枠に記入しては該当事号を記入枠に記入しています。 ひょうじょうじょ 数字 ラビア 数字で明りょうに記載	証 ②指定・指名番号		
	の 療養期間の初日		
つけしたりしください。)	ただ だださささ といい 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。		
糊づけしたりしないでくださてください。)	年月日請求人の	郵便番号 一 電話 局番 上所 (方)	

労働基準監督署長 殿

↑請求人の記名・押印又は自署による署名が必要です。

労災指定・指名柔道整復師への受領委任の場合、裏面委任状の 委任者についても、上記請求人と同じ(同一印、または自署による 署名)証明で委任を行なってください。