様式第7号(3)(裏面)

※「災害の原因及び発生状況」は、その現場にいない者にも状況が分かる様できるだけ具体的に記入してください。また、本請求分の表面の証明医療機関と異なる医療機関での受診がある場合、受診経過(医療機関名、初診日等)を記入して下さい。

㋺ 労働者の所属事業場の名称・所在地	㋥ 負傷又は発病の時刻	㋭ 災害発生の事実を確認した者の
	午 前/後 時 分頃	職名 氏名

㋬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って 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

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		円									
	ロ													
	ハ													
	ニ													
後療料	イ	回	円	包帯交換料	回	円								
	ロ													
	ハ													
	ニ													
電療料	イ 回	ロ 回	ハ 回	ニ 回										
罨法料 冷罨法	イ 回	ロ 回	ハ 回	ニ 回										
罨法料 温罨法	イ 回	ロ 回	ハ 回	ニ 回										
その他														
合計											千			円

(注 意)

1. 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してください。
   (2) 事項を選択する場合には、該当する事項を○で囲んでください。
   (3) ㋺は、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してください。
   (4) ㋬は、どのような場所で、どのような作業をしているときに、どのような物で又はどのような状況において、どのようにして災害が発生したかをわかりやすく記載してください。

2. 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
   (1) ④は、記載する必要はありません。
   (2) ㋭は、災害発生の事実を確認した者(確認した者が多数あるときは、最初に発見した者)を記載してください。
   (3) ㋭及び㋬は、第2回以後の場合には記載する必要はありません。
   (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はありません。

3. 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
   (1) ③、⑥、⑦及び㊲から㊴までは記載する必要はありません。
   (2) 事業主の証明は受ける必要はありません。

4. 「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ます。

委任状

わたくしは、柔道整復師＿＿＿＿＿＿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 ㊞

(記名押印又は署名)

※委任状の委任者は、表面請求人と同じ(同一印、または自署による署名)証明。

表面の記入枠を訂正したときの訂正印欄	削 字 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
		㊞	

→表面に証明を行なった事業場と同一所在地内に所属する場合証明事業場に同じと記入して下さい

←現認者がいない場合災害の報告を受けた者を記入

※右記事項の記載内容に基づき業務災害として請求することとなりますので二からトは記入漏れの無い様御願いします