

療養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 |
| 16 | イキシチニヒミリン |
| 27 | ウクスツヌフムユル |
| 38 | エケセテネヘメレ |
| 49 | オコソトノホモヨロー |

○濁点、半濁点は一文字として記入してください。(例) カ"ハ°



※印の欄は記入しないこと。(職員が記入します。)

裏面の注意事項を讀みながら記入して下さい。折り曲げる場合、事業主の証明が必要で、裏面の注意4を参照して下さい。

※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

振替種別 ①管轄局番 ②支通番

※ 3 4 2 1 2 3

③労働保険番号 ④年金番号

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 ⑧補助キー ⑨受付年月日

⑩シメイ(カタカナ) ⑪三番コード ⑫委任支給 ⑬特別加入者 ⑭審査コード

⑮郵便番号 ⑯氏名 ⑰住所 ⑱口座番号

⑲マイキニン(カタカナ) ⑳つづきマイキニン(カタカナ)

⑳新規・変更 ㉑事業主の証明

㉒事業主の証明 ㉓事業主の証明

㉔事業主の証明 ㉕事業主の証明

㉖事業主の証明 ㉗事業主の証明

㉘療養の内容 ㉙期間 ㉚傷病の部位及び傷病名

㉛傷病の経過の概要 ㉜指定・指名番号

㉝療養に要した費用の額(内訳裏面のとおりに)

㉞療養期間の初日 ㉟療養期間の末日 ㊱施術実日数 ㊲転移事由

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。

請求人の住所 氏名

↑請求人の記名・押印又は自署による署名が必要です。労働指定・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。

労働基準監督署長 殿