

(ニ) 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 災害発生の 事実を確認 した者の 氏名
	午前 午後 時 分頃	
(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) どのような不安全な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

傷病の経過														
基本療養費	1 看護師等	円×	日	円	指示期間 (特別指示 期間)	年 月 日～年 月 日		年 月 日～年 月 日						
	2 准看護師	円×	日	円		年 月 日～年 月 日		年 月 日～年 月 日						
	3 専門の研修を受けた看護師	円×	日	円	訪 問 日	1	2	3	4	5	6	7		
	4 理学療法士等	円×	日	円		8	9	10	11	12	13	14		
加算	円	加算	円	15		16	17	18	19	20	21			
加算	円	加算	円	22		23	24	25	26	27	28			
精神科基本療養費	1 看護師等	円×	日	円	29	30	31	主治医への直近報告年月日				年	月	日
	2 作業療法士	円×	日	円	提供した情報の概要									
	3 准看護師	円×	日	円	情報提供先の名称									
	加算	円	加算	円										
管理療養費	初 日	円		円	専門の 研修	基本療養費	1 緩和ケア 2 褥瘡ケア 3 人工肛門・人工膀胱ケア							
	2 日目以降	円	日	円		専門管理 加算	1 緩和ケア 2 褥瘡ケア 3 人工肛門・人工膀胱ケア 4 特定行為 ( )							
情報提供療養費		円		円	手順書交 付年月日		年 月 日	直近見直 し年月日		年 月 日				
ターミナルケア療養費	ターミナルケア療養費	円	加算	円	合計									
	死亡年月日	年	月	日										

(注 意)

- 共通の注意事項
  - 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。
  - (ニ)は、労働者が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。
- 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
  - ④は、記載する必要がないこと。
  - (ヘ)は、災害発生の事実確認した者(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。
  - (ヘ)及び(ト)は、第2回以後の請求の場合には記載する必要がないこと。
  - 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。
- 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
  - ③、⑥、⑦、(ホ)、(ヘ)及び(ト)は記載する必要がないこと。
  - 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。
- 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。
- ④「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。
- 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でない疾病以外は、療養補償給付のみで請求されること。

④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。
	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)

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
			( ) _____