



様式第7号(1)(裏面)

(リ) 労働者の所属事業場の名称・所在地	(ヌ) 負傷又は発病の時刻 午後 11 時 00 分頃	(ル) 職名 主任 災害発生の実事を確認した者の氏名 中山
	(ワ) 災害の原因及び発生状況 (あ)どのような場所(い)どのような作業をしているときに(う)どのような物又は環境に(え)どのような不安全な又は有害な状態があつて(お)どのような災害が発生したかを詳細に記入すること 肥料の準備のため、2階にある倉庫により、肥料を手に持ち、はじを降りようとしたところ、持っていた肥料に気をとられ、足を滑らせ、右足首を骨折した。	

療養の内訳及び金額

(注意)

診療内容	点数(点)	診療内容	金額	摘要
初診 時間外・休日・深夜	10	初診	円	
再診 外来診療料	XX	再診	円	
継続管理加算		指導	円	
外来管理加算		その他	円	
時間外				
休日				
深夜				
指導		食事(基準)		
在宅 往診		円× 日間	円	
夜間		円× 日間	円	
緊急・深夜		円× 日間	円	
在宅患者訪問診療				
その他		小計	0 円	
薬剤				摘要
投薬 内服 薬剤	単位			
調剤	× 回			
屯服 薬剤	単位			
外用 薬剤	単位			
調剤	× 回			
処方	× 回			
麻毒	回			
調基	回			
注射 皮下筋肉内	回			
静脈内	回			
その他	回			
処置 薬剤	回			
手術 薬剤	回			
麻酔				
検査 薬剤	回			
画像 薬剤	回			
診断				
その他 処方せん	回	XX		
薬剤		XX		
入院 入院年月日 年 月 日				
病・診・衣	入院基本料・加算			
	× 日間			
	× 日間			
	× 日間			
	× 日間			
特定入院料・その他				
小計	点 ①	円	合計金額 ①+②	円
XX		70,000		70,000

一、共通の注意事項  
 (一) 事項を選択する場合には、該当する事項を丸で囲むこと。  
 (二) (一)及び(二)については、その費用についての明細書及び看護移送等を  
 (三) (一)の期間には、最終の投薬の期間をも算入すること。  
 (四) (一)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。  
 (五) (一)は、どのような場所、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  
 を簡明に記載すること。

二、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  
 (一) (一)は、記載する必要がないこと。  
 (二) (一)は、災害発生の実事を確認した者(確認した者が多数あるときは最初  
 の発見した者)に記載すること。  
 (三) (一)及び(二)は、第二回以後の請求の場合には記載する必要がないこと。  
 (四) 第二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。

三、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  
 (一) (一)及び(二)から(五)までは記載する必要がないこと。  
 (二) 事業主の証明は受ける必要がないこと。  
 (三) 「事業主の氏名」の欄、「病院又は診療所の診療担当者の氏名」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  
 ことができる。

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(ヌ)及び(ワ))の記載内容について事実と相違ないことを証明します。	局番
	事業の名称	電話番号
	年 月 日 事業場の所在地	郵便番号
	事業主の氏名	印

(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)

表面の記入枠を訂正したときの訂正印欄	削 字 印 加 字	社会保険 作成年月日提出代行者の表示 労務士 記載欄	氏 名	電 話 番 号
			印	