

労災（業務災害/非指定病院）様式第7号 記入見本

青字で記載されている部分に、《例》を参考にして、ご自分の状況を記入してください。

様式第7号(1) 労働者災害補償保険 第 第 回

標準字体 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

① 就業種別 ② 労働局管 ③ 業種別 ④ 発症年月日

⑤ 労働者番号 ⑥ 労働者氏名 ⑦ 住所 ⑧ 職種 ⑨ 病院受付事務

⑩ 労働者の氏名 空洲渡 花子 (37歳) 職種 病院受付事務

⑪ 住所 107-0000 東京都〇〇区本町1-1-1

⑫ 労働者の氏名 空洲渡 花子

⑬ 事業主の氏名 株式会社ソラスト 電話 03 3450-2610

⑭ 事業所の所在地 東京都港区港南2丁目15番3号 品川インターシティC棟12階 電話 108-8210

⑮ 事業主の氏名 代表取締役社長 藤河 芳一

⑯ 療養の内容 (イ) 発症 R4年 7月 1日 から R4年 7月 20日 まで 20日 診療実日数 6日

⑰ 療養の内容 (ロ) 傷病の種別及び傷病名 右膝内側靭帯損傷

⑱ 傷病の経過 右脚に痛みを訴える 漸次軽快

⑲ 療養の内容及び金額 (内訳裏面ののとおり) 351000

⑳ 療養の給付を受けた理由 通院できる範囲に、治療に適した労災指定病院がなかったため

㉑ 療養期間の初日 R4年 7月 24日

㉒ 療養期間の末日 R4年 7月 24日

㉓ 診療実日数 6日

㉔ 転帰事由

請求人の氏名 空洲渡 花子

川崎南 労働基準監督署長 殿

通勤災害(非指定病院)の場合は、様式第16号の5に記入してください。

事故発生の日時または、発病の日時を正確に記入してください。

銀行等に振込みを希望する場合は、ご本人の口座番号を記入してください。

●ゆうちょ銀行口座(記号・番号)を指定する場合、記号は『1』から始まる5桁、番号は『1』で終わる最大8桁となりますが、番号が8桁未満の場合は、先頭に『0』を付けて、8桁になるようにしてください。
【例】番号が『1234561』の場合『01234561』となります。

記号(5桁) 番号(8桁)
1 0 x x 0 1 2 3 4 5 6 1
『0』を加えてください。
※記号と番号の間に1桁の数字がある場合、その数字は記載する必要はありません。
※預金の種類は『1』普通預金としてください。

診療を行った医師、または歯科医師に記載、証明してもらってください。

赤字で記載されている部分は、本社総務課で記入いたします。

[標準字体記入にあたっての注意事項]

□□□ で表示された記入枠に記入する文字は、光学式文字読取装置(OCR)で直接読取りを行いますので、以下の注意事項に従って、表面の右上に示す標準字体で記入してください。

- 筆記用具は黒ボールペンを使用し、記入枠からはみださないように書いてください。
- 「促音」「よう音」などは大きく書き、濁点、半濁点は1文字として書いてください。
(例) キッテ → キツテ キョ → キヨ バ → ハ
- シツソソ は斜の弧を書き始めるとき、小さくカギを付けてください。
- 1 はカギを付けずに垂直に、4 の2本の縦線は上で閉じないで書いてください。

