

# 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 00

アイウエオカキクケコ サシスセソ タチツテト ニホフヘホヘホ マミメムモ ムヨリルロ ワン

① 就業種別 ② 労働局管 ③ 業種別 ④ 発症年月日

3 4 2 6 0 1 3 通

労働保険番号 1 3 1 0 4 2 2 5 4 1 9 0 0 0

⑤ 労働者の氏名 空洲渡 花子 (37歳) 職種 病院受付事務

住所 107-0000 東京都〇〇区本町1-1-1

⑥ 労働者の氏名 空洲渡 花子

⑦ 事業主の氏名 株式会社ソラスト 電話 03 3450-2610

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

事業主の氏名 代表取締役社長 藤河 芳一

⑧ 療養の内容 (イ) 発症 R4年 7月 1日 から R4年 7月 30日 まで 20日 診療実日数 6日

右膝内側靭帯損傷

⑨ 傷病の経過 右脚に痛みを訴える 漸次軽快

⑩ 療養の内容及び金額 (内訳裏面ののとおり) 351000

⑪ 療養期間の初日 R4年 7月 1日 から R4年 7月 30日 まで 20日

⑫ 療養期間の末日 R4年 7月 30日

⑬ 診療実日数 6日

⑭ 転送事由

⑮ 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

⑯ 療養に要した費用の額 (合計) 351000

⑰ 請求人の氏名 空洲渡 花子

⑱ 請求人の住所 東京都〇〇区本町1-1-1

⑲ 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) 1 0 x x 0 番号(8桁) 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。

1 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。

2 「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

3 シツソ ン 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。

4 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。

【裏面】

種次第7号(1)(裏面)

(ア) 労働者の所属事業場の名称・所在地 川崎○○病院 川崎市幸区△×町1-9-8	(イ) 負傷又は発病の時刻 平成 10 年 10 月 40 分頃	(ウ) 災害発生した者の職名 マネージャー
(エ) 災害発生した者の氏名 田 正子		
(7) 災害の原因及び発生状況 (あ) どのような場所で(り)どのような作業をして(ろ)どのような物又は環境に(ス)どのような不安全又は有害な状態が(2)どのような災害が発生したか(ハ)①と初診と異なる場合は、理由を詳細に記入すること 病院内の2階事務室から、1階受付に通じる階段で、業務で使用する書類を見ながら下っていてバランスを崩して足を踏み外し、下から3段目付近から転落し、左足首を捻挫しました。		

診療内容	診療内容	点数(点)	金額	備考
初診	問診	1	円	
再診	問診	1	円	
その他	問診	1	円	
外来診療料	×	1	円	
麻酔管理加算	×	1	円	
外来管理加算	×	1	円	
時間外	×	1	円	
休日	×	1	円	
深夜	×	1	円	

診療内容	診療内容	金額	備考
掛金	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		円	
その他			
薬剤			

診療内容	診療内容	金額	備考
内服薬	単位		
調剤	×	1	円
外用薬	単位		
調剤	×	1	円
処方箋	×	1	円
調剤	×	1	円
検査	単位		

診療内容	診療内容	金額	備考
注射	単位		
皮下筋内	×	1	円
静脈内	×	1	円
その他	×	1	円
検査	単位		
手術	単位		
検査	単位		
検査	単位		
画像診断	単位		
その他	単位		
特定入剤料	×	1	円
特定入剤料	×	1	円
特定入剤料	×	1	円
特定入剤料	×	1	円

派遣元事業主が証明する事項(表面の7並びに(5)及び(7)の記載内容について事実と相違ないことを証明します。)

派遣元事業主証明欄

事業の名称 \_\_\_\_\_ 電話( ) \_\_\_\_\_

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)

作成年月日・提出代行者・事前代理者の表示	氏名	電話番号
社会保険労務士記載欄		( ) _____

(注) 1. 共通の注意事項  
(一) 本表を提出する場合は、該当する事項を全て明記して、(ア)及び(ウ)については、その費用として明記する。また、(イ)及び(ウ)については、その費用として明記する。また、(イ)及び(ウ)については、その費用として明記する。また、(イ)及び(ウ)については、その費用として明記する。  
(二) 本表は、労働者の健康診断の結果を記載する欄に記入すること。また、(イ)及び(ウ)については、その費用として明記する。また、(イ)及び(ウ)については、その費用として明記する。また、(イ)及び(ウ)については、その費用として明記する。  
(三) 労働者の健康診断の結果を記載する欄に記入すること。また、(イ)及び(ウ)については、その費用として明記する。また、(イ)及び(ウ)については、その費用として明記する。また、(イ)及び(ウ)については、その費用として明記する。  
(四) 労働者の健康診断の結果を記載する欄に記入すること。また、(イ)及び(ウ)については、その費用として明記する。また、(イ)及び(ウ)については、その費用として明記する。また、(イ)及び(ウ)については、その費用として明記する。  
(五) 労働者の健康診断の結果を記載する欄に記入すること。また、(イ)及び(ウ)については、その費用として明記する。また、(イ)及び(ウ)については、その費用として明記する。また、(イ)及び(ウ)については、その費用として明記する。  
(六) 労働者の健康診断の結果を記載する欄に記入すること。また、(イ)及び(ウ)については、その費用として明記する。また、(イ)及び(ウ)については、その費用として明記する。また、(イ)及び(ウ)については、その費用として明記する。  
(七) 労働者の健康診断の結果を記載する欄に記入すること。また、(イ)及び(ウ)については、その費用として明記する。また、(イ)及び(ウ)については、その費用として明記する。また、(イ)及び(ウ)については、その費用として明記する。  
(八) 労働者の健康診断の結果を記載する欄に記入すること。また、(イ)及び(ウ)については、その費用として明記する。また、(イ)及び(ウ)については、その費用として明記する。また、(イ)及び(ウ)については、その費用として明記する。  
(九) 労働者の健康診断の結果を記載する欄に記入すること。また、(イ)及び(ウ)については、その費用として明記する。また、(イ)及び(ウ)については、その費用として明記する。また、(イ)及び(ウ)については、その費用として明記する。  
(十) 労働者の健康診断の結果を記載する欄に記入すること。また、(イ)及び(ウ)については、その費用として明記する。また、(イ)及び(ウ)については、その費用として明記する。また、(イ)及び(ウ)については、その費用として明記する。

⑦どのような場所で、④どのような作業をしているときに、②どのような物または環境に、⑤どのような不安全または有害な状況があって、④どのような災害が発生したかを、わかりやすく記入してください。負傷または発病年月日と初診日が異なる場合は、その理由も記入してください。

記入に際しての注意事項となります。こちらの内容についても、ひと通り、お読みください。

複数の事業所で就業されている場合、「有」に○をつけ、該当する事業所の数を記入してください。