

【裏面】

様式第7号(1)(裏面)

(ア) 労働者の所属事業場の名称・所在地 川崎〇〇病院 川崎市幸区△×町1-9-8	(イ) 負傷又は発病の時刻 午前 10 時 40 分頃	(ロ) 災害発生の事実を認定した者の氏名 職名 マネージャー 氏名 □田 正子
(フ) 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たときに(ウ) どのような物又は環境に(エ) どのような不安全又は有害な状態があった(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(ハ) の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。		

⑦どのような場所で、①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、③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。

診療内容	点数(点)	診療内容	金額	備考
初診		初診	円	
再診		再診	円	
時間外・休日・深夜		その他	円	
外来診療料	×	食事(基準)	円×日間	
継続管理加算	×		円×日間	
外来管理加算	×		円×日間	
時間外	×	小計	円	
休日	×			
深夜	×			
指 導				
在宅				
往診				
夜間				
緊急・深夜				
在宅患者訪問診療				
その他				
薬剤				
投 薬				
内服 薬剤				
調剤	×			
外用 薬剤				
調剤	×			
外用 薬剤				
調剤	×			
処方 薬				
調剤	×			
注射				
皮下筋内				
静脈内				
その他				
処 置				
処置				
手 術				
処置				
検査				
検査				
画像 診断				
検査				
その他				
処方せん				
その他				
入院				
入院年月日	年 月 日			
病・診・衣				
入院基本料・加算	×			
	×			
	×			
	×			
特定入院料・その他				
小 計	点 ①	円	合計金額 ①+②	円

(注 意)

(一) 共通の注意事項
 一、共通の注意事項は、該当する事項を○で囲むこと。
 (二) (ハ)及び(ヒ)については、その費用についての明細書及び書送付等をした者の請求書又は領収書添付すること。
 (三) (イ)の期間には、最終の投薬の期間をも記入すること。
 (四) (ロ)は、労働者の直接所属する事業場が一括請求の取扱いをされている場合に、労働者が直接所属する支店、工場現場等を記載すること。
 (五) 傷病補償年金又は傷病年金が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。
 (六) 療養に係る請求の場合、脳・心臓疾患、精神障害及びその二以上の事業場の業務を要することが明らかでない限り、療養補償給付のみで請求されることとなること。

(二) (一) (イ)は、災害発生の事実を認定した者(認定した者が多数あるときは最も初めに発見した者)を記載すること。
 (二) (二)は、第二次以後の請求の場合には記載する必要がないこと。
 (三) 第二次以後の請求が継続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。
 (四) (三) 傷病補償年金又は傷病年金が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。
 (五) ②、③及び④(ア)までは記載する必要がないこと。
 (六) 事業主が証明を要しないこと。

⑤その他の就業先の有無
 有 場合のその数 (ただし表面の事業場を若干含む)
 無

有の場合
 労働保険事務組合又は
 特許加入団体の名称
 加入年月日
 年 月 日
 労働保険番号(特許加入)

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。

派遣元事業主が証明する事項(表面の⑤並びに(イ)及び(ア))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)

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
			() - _____