

# 7号(1)様式記載例 裏面

※請求したいものによって様式が変わります。

けがをした人が直接所属している事業場や部署が、事業主証明欄の事業場とちがう場合に記入します。同じ場合は記入する必要はありません。たとえば、別の場所にある支店や営業所、工場、建設事業の下請事業場などが該当します。

様式第7号(1)(裏面)

(リ) 労働者の所属事業場の名称・所在地 〇〇建設 〇〇市〇〇町△-□	(ヌ) 負傷又は発病の時刻 午前 10 時 30 分頃	(ル) 災害発生の事業を確認した者の氏名 事業主 日本 次郎
(フ) 災害の原因及び発生状況 (ア) どのような場所(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)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 〇〇市〇〇町×× 〇〇事務所新築工事 間仕切り工事中、工具を持って鉄骨を組み立てていたところ、手が滑ったはずみで工具が口にあたり、歯が欠け負傷した。作業をやめてすぐに歯科医院で受診した。		

療養の内訳及び金額	点数(点)	診療内容	金額	備考
初診		外来診療	円	
再診		継続管理加算	円	
		外来管理加算	円	
		時間外	円	
		休日	円	
		深夜	円	
指通		食事(基準)	円	
在宅		往診	円	
		夜間	円	
		緊急・在宅急診	円	
		その他	円	
投薬		内服薬	円	
		注射薬	円	
		外用薬	円	
		処方	円	
		解毒	円	
		鎮痛	円	
注射		皮下筋肉内	円	
		静脈内	円	
		その他	円	
処置			円	
手術			円	
麻酔			円	
検査			円	
画像			円	
診断			円	
その他			円	
入院		入院年月日	円	
		病・診・衣	円	
		入院基本料・加算	円	
		日間	円	
		日間	円	
		日間	円	
		日間	円	
		日間	円	
		特定入院料・その他	円	
小計	点 ①		円	合計金額 ①+②

◎その他の就業先の有無  
有の場合のその数(ただし表面の事業場を含まない)  
無

有の場合でいずれかの事業場で特別加入している場合の特別加入状況(ただし表面の事業場を含まない)  
労働保険事務組合又は特別加入団体の名称  
加入年月日  
労働保険番号(特別加入)

派遣元事業主が証明する事項(表面の①並びに(ヌ)及び(フ))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( ) -
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)

社会保険労働士記載欄	作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示	氏名	電話番号
		( ) -	( ) -

## 兼業について

有る場合は、「有」に○をしたうえで、けがをした会社以外の就業先の数を記入します。さらに、特別加入している人は、労働保険番号・労働保険事務組合名・加入年月日を記入します。

### 例えば 労災指定病院以外で受診し健康保険を使用した場合

病院の窓口で支払った領収証(自己負担3割) 3,000円  
 健保組合へ支払った領収証(のこり7割分) 7,000円 合計1万円

病院の証明と領収証を添付して労基署へ提出

### 労災指定病院以外の病院に受診した場合

→ 治療代10割分を病院に支払う 病院の証明と領収証を添付して労基署へ提出

※7号様式の医師証明は労災指定になっていない医療機関等によっては請求される場合があります。労災保険から支給はありませんので自己負担になると思います。詳しくは労基署へお問い合わせください。