

記 載 例

注 意 事 項

収受番号	収 受 年月日	署 別	指定医療機関名	診療月	件数	金 額	備 考
		中央	東京病院	11	3	141,618	
		三鷹	"	"	2	59,396	
		川崎北	"	10	1	17,021 15,021	
		東京	"	11	10	767,819	
		"	"				

労働者災害補償保険診療費請求書

01123456789

① 請求金額 ② 内訳書添付枚数

③ 請求年月 ④ 請求月

ほか 名に対する診療費の内訳は、別紙内訳書のとおり。

上記の金額を請求します。

平成 年 月 日

住 所 (所在地)

請求人の 名 称 (病院又は診療所)

責任者氏名

東京労働局長 署分 (中央)

※様式第1号 診療費請求書に記載した請求金額、内訳書添付枚数、請求月、署分を総括表へ転記願います。

1. 収受番号、収受年月日、備考欄は記載しないで下さい。
2. 記載方法は下記のように区分し、記入して下さい。

イ) 初回分 (様式5号又は様式16号の3添付の請求)

初回分については各監督署毎に署別欄へ。

ロ) 継続分 (様式6号又は様式16号の4添付の請求を含む、2回目以降の請求)

2回目以降分は都内、他府県にかかわらず一括して(転医分も含む)署別欄に「東京」と記入。

3. 訂正する際は訂正箇所を二重線で抹消し、余白に適宜記載願います。(訂正印は不要です)
4. 総括表は絶対に請求書へ綴込まないで下さい。
5. 請求書を提出する際は、総括表に記載した順序に並べて下さい。
6. 検査に要した費用等請求書(様式1号の2)の請求分は総括表には記載不要です。
7. アフターケア委託費請求書を提出される場合は、アフターケア専用の「総括表」を添付して下さい。

請求書の提出・お問い合わせは東京労働保険医療協会にて受付しております。

住所・名称：〒101-0062 東京都千代田区神田駿河台 2-5
東京都医師会館 4 階

東京労働保険医療協会
電話 03-5577-2960

※東京労働保険医療協会 H.P (http://www.iryokyokai.jp/) にて
労災診療費締切・支払い予定日について確認いただけます。

指定病院等の番号 1 3

平成 年 月提出分労災診療費請求総括表

※太線内ご記入下さい

収受番号	収受年月日	署別	指定医療機関名	診療月	件数	金額	備考

所在地

指定医療機関名称

開設者氏名 (印)

電話 () 番

請求事務担当者名 外来 内線

入院 内線

請求書・請求内訳書の記載の仕方

診機様式第1号 記載例 (診療費請求書)

(労災指定医療機関の指定番号を記入する。(東京の場合13から始まる7桁の数字))

帳票種別 ※修正項目番号

①指定病院等の番号 ②※受付年月日 年 月 日
1~9年・月・日はそれぞれ右へ

③請求金額 ④内訳書添付枚数

金額の頭に¥マークを付けてください。

⑤請求年 年 ⑥請求月 月分 ※修正欄

ただし、年 月分

内訳書の総数を記入する。(ただし、内訳書の**続紙**や患者様が提出した各種請求書及び変更届は**除きます**。)

内訳書に記載している**直近の療養期間**の年月を記載する。

内訳書が複数枚ある場合は、「③合計額」の足し上げ額を記入する。

診機様式第2号・3号等 記載例 (診療費請求書内訳書)

労災指定医療機関から転医した場合の初診コードは「3」となる。

帳票種別 修正項目番号

1初診 ①新患再別 1治ゆ ②転簿事由 ③支払額
3転医始診 3継続 3継続 ④男

④府県 所管 管轄 基 幹 番号 枝番号 ⑤増減コード及び増減額
13101123456000 増+

1明治 ⑥生年月日 ⑦傷病年月日 ⑧増減理由 ⑨決定年月日
3大正 5昭和 7平成 5430210 291101

⑩療養期間 - ⑪診療実日数 日 ⑫処理区分

⑬合計額 修正欄

患者様が提出した各種請求書及び変更届に記載された**負傷又は発病の年月日**を記入する。(初診日ではないので注意してください。)