

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	
		"	"				

0123456789

労働者災害補償保険診療費請求書

患者様 34700 ① 指定病院等の番号 ② 請求年月日

③ 請求金額 ④ 診療月

⑤ 診療月 ⑥ 診療月

⑦ 診療月

請求人の
(病院又は診療所) 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けております。

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。

