

# 記 載 例

# 注 意 事 項

収受番号	収 受 年月日	署 別	請求年	請求月	件数	金 額	備 考
		中央		11	3	141,618	
		三 鷹		"	2	59,396	
		川崎北	10		1	17,021 <del>15,021</del>	
		東 京	11		10	767,819	

  

01123456789

労働者災害補償保険診療費請求書

① 請求番号 34720 ② 指定病院等の番号 ③ 受付年月日

④ 請求金額 ⑤ 内訳書添付枚数

⑥ 請求率 ⑦ 請求月 ⑧ 修正欄

はか 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。

年 月 日 郵便番号

住 所 (所在地)

請求人の (病院又は診療所) 名 称

責任者氏名 ⑨ (記名押印又は署名)

東京 労働局長殿 (中央 署分) 電話番号

受付印

※様式第1号 診療費請求書に記入した請求金額、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、備考欄は記入しないで下さい。
2. 記入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、余白に適宜記入願います。(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入不要です。
  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

年 月提出分労災診療費請求総括表

〔 当協会記入欄 〕 〔 医療機関にて太線内をご記入下さい 〕

収受番号	収受年月日	署別	請求年	請求月	件数	金額	備考

所在地

指定医療機関 名称

責任者氏名



電話

( )

番

請求事務担当者名

外来

内線

入院

内線

請求書の記入の仕方

診機様式第1号 記入例 (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 円  
金額の頭に¥マークを付けてください。
 ④内訳書添付枚数

⑤請求年 年 月分  
ただし、<sup>1</sup>昭和<sup>2</sup>大正<sup>3</sup>昭和<sup>4</sup>平成<sup>5</sup>令和  
1~9年は右へ
 ※修正欄

内訳書に記入している  
直近の療養期間の年月  
を記入する。

内訳書が複数枚ある場  
合は、その合計額を記  
入する。

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。)**