

# 第 6 編

## 労災診療費の請求手続き

公益財団法人 労災保険情報センター

# 記載要領

## 注意事項

- 黒のボールペンを使用
- 標準字体で枠の中に大きめに記入

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

- 書き損じた場合

3 5 0 7  
\$ 9 0 2 0 4 3 0 ~~消しゴム  
修正ペン~~

請求書「請求金額」欄・・・訂正不可

# 記載要領

誤読しやすい文字例／記載例

標準  
字体

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

① ① ④ ⑤ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧

飾り・すき間・突き抜け・丸み

8 8 8 8 8 8 8 8

大きさ・位置・太さ・濃さ・角度

# 記入要領

## 診療費請求内訳書 (レセプト)

診療様式第3号

第 回 (同一傷病について)

**A**

① 定病院の番号	1 2 3 4 5 6 7	② 病院等の名称	〇〇〇病院
----------	---------------	----------	-------

**B**      **C**

③ 帳票種別	3 4 7 2 2	④ 修正項目番号	1 3
--------	-----------	----------	-----

⑤ 労働保険番号

1 2 1 0 5 1 2 3 4 5 6 0 0 0			
5 0 0 0 6 0 5      9 0 0 0 4 0 9			
9 0 0 0 4 0 9 - 9 0 0 0 4 3 0			
⑥ 診療日数	6	⑦ 傷病の経過	△△△△△

⑧ 支払額

⑨ 傷病の部位及び傷病名	⑩ 傷病の経過
--------------	---------

診療費

労働者の氏名	労働 一男 (〇〇 歳)
事業の名称	△△△ 株式会社
事業場の所在地	〇〇 都府道県 〇〇 郡区市

傷病の部位及び傷病名	右足第1指骨折
傷病の経過	積み荷を右足に落とし来院。右足第1指骨折に対しギプス固定し経過観察中。

縦書き記入欄はこの欄は記入しないでください。

# 記入要領

## 診療費請求内訳書（レセプト）

■ 診療様式第3号  
第 回 (同一傷病について)

指定病院等の番号 1 2 3 4 5 6 7 病院等の名称 ○○○病院

①新番号別 1桁 診 3桁 初診 5桁 続発 7桁 変	②補正事由 1 1 2 2 3 3 4 4 5 5 6 6 7 7	③支払額
1 3 5 7	1 3	
④支払額		
34722		
修正項目番号		
12105123456	000	
5000605	9000409	
9000409	-9000430	
	6	△△△△△

枝番号なしの場合、  
下3桁には必ず  
“000”を記入

負傷又は発病した日

労働者の氏名	労働 一男 (○○ 歳)	傷病の部位及び傷病名	右足第1指骨折
事業の名称	△△△ 株式会社	傷病の経過	積み荷を右足に落とし来院。 右足第1指骨折に対しギプス固定し経過観察中。
事業場の所在地	○○ 都府道県		○○ 市区

診療費

# 記入要領

## 診療費請求内訳書 (レセプト)

診療様式第3号

第 回 (同一傷病について)

指定病院等の番号 1234567 病院等の名称 ○○○病院

① 帳票種別 34722	② 修正項目番号 □□	③ 診療種別 1 初診 3 転院 5 再診 7 再診 ④ 転院事由 1 転院 3 転院 5 再診 7 再診	⑤ 支払額 □□□□□□□□
④ 方病保険番号 12105123456000		⑥ 支払額 □□□□□□□□	
⑦ 傷病番号 5000605		⑧ 支払額 □□□□□□□□	
⑨ 傷病年月日 9000409		⑩ 支払額 □□□□□□□□	
⑪ 傷病年月日 9000409-9000430		⑫ 支払額 □□□□□□□□	
⑬ 傷病年月日 □□6		⑭ 支払額 □□□□□□□□	
⑮ 傷病年月日 □□△△△△△		⑯ 支払額 □□□□□□□□	

職員記入欄への欄は記入しないでください

診療費

労働者の氏名	労働 一男 (○○ 歳)	傷病の部位及び傷病名	右足第1指骨折
事業の名称	△△△ 株式会社	傷病の経過	積み荷を右足に落とし来院。 右足第1指骨折に対しギプス固定し経過観察中。
事業場の所在地	○○ 都府道		○○ 市区

# 記入要領

## 労働者災害補償保険診療費請求書

■ 診機様式第1号

※標準字体 

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

労働者災害補償保険診療費請求書

① 振票種別 34720	※修正 A <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr></table>	1	2	3	4	5	6	7	② ※受付年月日 <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						
1	2	3	4	5	6	7									
金額の頭に¥マーク B <table border="1"><tr><td>¥</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr></table>		¥	1	2	3	4	5	6	7	④ 内訳書添付枚数 C <table border="1"><tr><td></td><td></td><td>5</td></tr></table>			5		
¥	1	2	3	4	5	6	7								
		5													
ただし、 D <table border="1"><tr><td>9</td><td>0</td><td>5</td><td>年</td><td>0</td><td>4</td></tr></table>		9	0	5	年	0	4	添付レセプトの 最新の診療年月							
9	0	5	年	0	4										

※印の欄は記入しないでください。

労働 一男 ほか 〇〇 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。

# 記入要領

## 労働者災害補償保険診療費請求書

**E** 労働 一男 ほか 〇〇 名に対する診療費の内訳は、別紙内訳書のとおり。

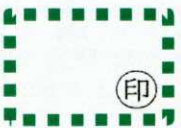
上記の金額を請求します。

**F** 〇〇年 〇 月 〇 日

**G** 郵便番号 〇〇〇-〇〇〇〇

住所 (所在地) 〇〇県〇〇市〇〇〇町〇〇〇-〇〇

請求人の (病院又は診療所) 名称 〇〇〇病院

責任者氏名 〇〇 〇〇〇  (印)

(記名押印又は署名)

〇〇 労働局長 殿 電話番号 〇〇 〇〇〇 〇〇〇〇

( 〇〇 署)



\* 記載要領

→標準字体で・ずれ、かすれ、よごれがないように  
書き損じた場合はたて線をひき、右上に小さく書く  
用紙の破損、汚れはOCR入力できません



\* 記入要領(内訳書)

① 労災指定病院コード・病院名

→ 右上の■マークにかからないように

② 新継再別

→ 初診-①、転医始診-③は1枚のみ

→ 同じ被災者の複数枚(入院、外来、連月)  
の2枚目以降はすべて継続-⑤

③ 労働保険番号(枝番なし)

→ 000を記入(14桁)

④ 傷病年月日

→ 負傷ないし発症した日

⑤ 療養期間

→ 診療開始日(継続は1日)から月末まで

⑥ 休業証明(2000円)の療養期間

→ 休業を証明した期間

(4月9日から5月15日の場合)

紙レセプト→9050409-9050515

電子レセプト→9050409-9050430

⑦ 実日数 文書料(休業証明等)のみ → 999

検査のみでの来院 → 1



\* 記入要領(請求書)

① 労災指定病院コード

→18〇〇〇〇〇(7桁)

② 請求金額

→書き損じは新しい請求書で

③ 内訳書の枚数

→レセプトの続紙、症状詳記、リハ計画書、  
5号、6号等、添付文書は含みません

④ 請求年月

→最新の診療年月(複数月あっても)

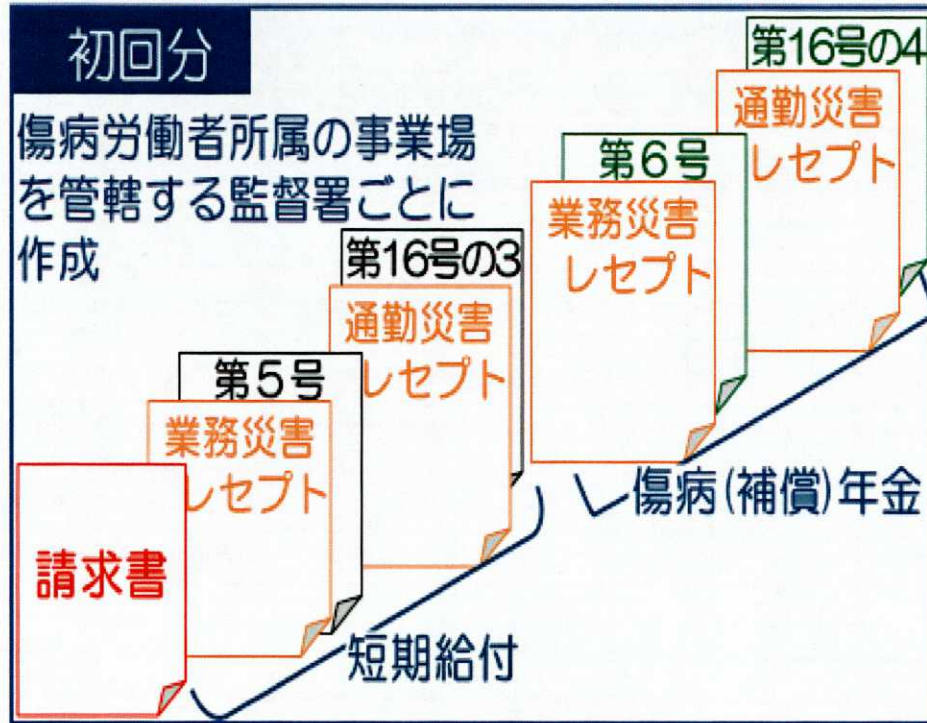
(8月,9月,10月診療レセプトの場合)

→90510 ○

→90509 ×



### 請求書・レセプトの編綴順序



### 請求書・レセプトの編綴順序



\* 編綴順序

同じ被災者の複数枚(入院、外来、連月)同時提出

→すべてまとめて初回分の請求書に

提出総枚(初回分、継続分、入院、外来、異なる被災者分)

が少ない場合

→すべてまとめて1枚の請求書に



## その他

- \* 診断書料(5000円)請求のレセプト → 傷病名の記載  
(傷病の経過は不要)
- \* ホッチキス、セロテープ、のり等の使用(紙レセプト)  
→ クリップ・綴じひもで
- \* レセプトに紙の貼り付け → 別用紙(A4版のまま)を添付
- \* 5号のみの送付(電子レセプト) → 初回レセプトの請求と同時に