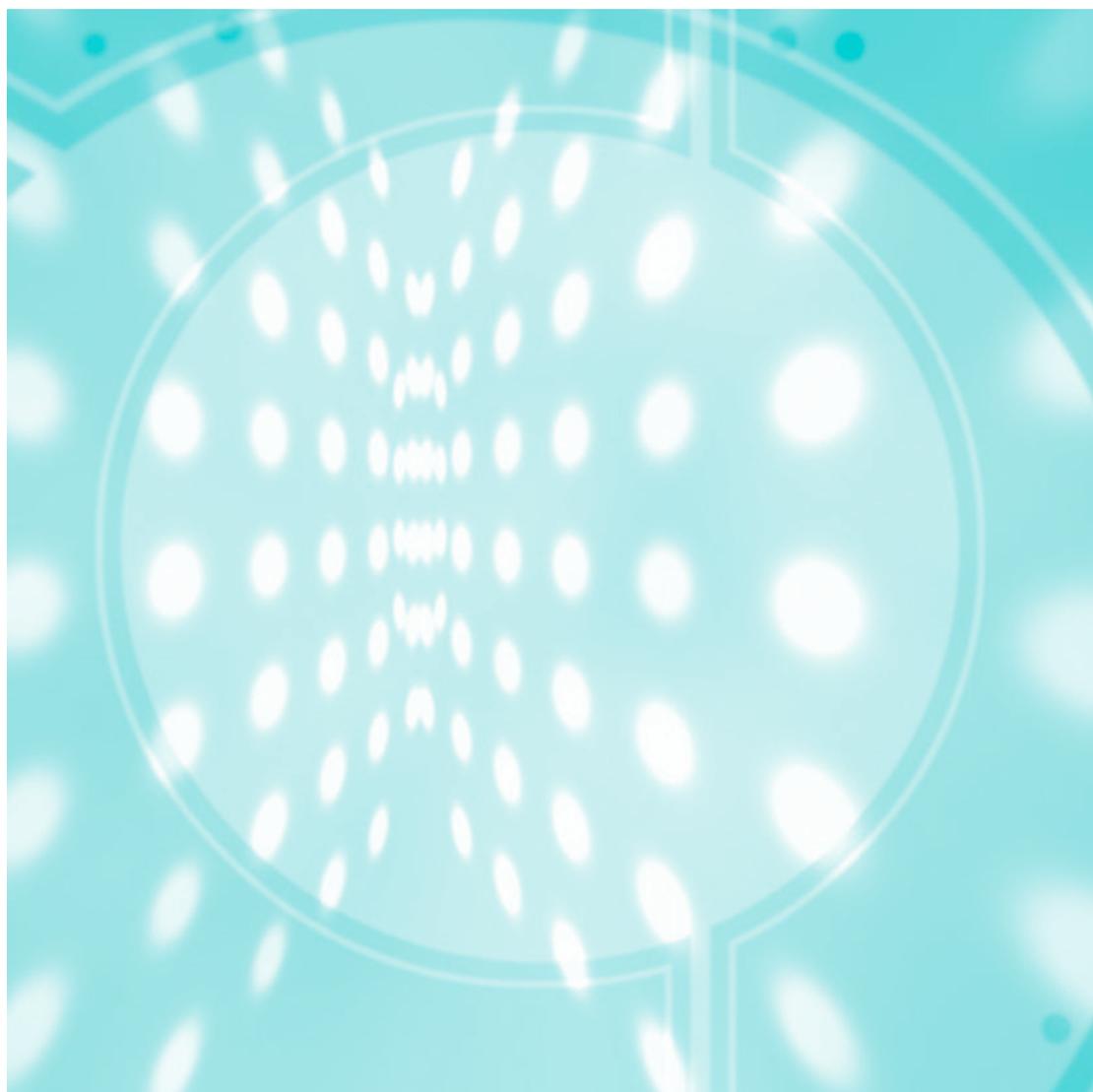


労災保険

療養(補償)給付 の請求手続



労働者が、業務または通勤が原因で負傷したり、病気にかかって療養を必要とするとき、療養補償給付（業務災害の場合）または療養給付（通勤災害の場合）が支給されます。

療養(補償)給付には、「療養の給付」と「療養の費用の支給」とがあります。

給付の内容

- 「療養の給付」は、労災病院や指定医療機関・薬局等（以下「指定医療機関等」といいます）で、無料で治療や薬剤の支給等を受けられます（これを現物給付といいます）。
- 「療養の費用の支給」は、近くに指定医療機関等がないなどの理由で、指定医療機関等以外の医療機関や薬局等で療養を受けた場合に、その療養にかかった費用を支給する現金給付です。

給付の対象となる療養の範囲や期間はどちらも同じです。

療養（補償）給付は、治療費、入院料、移送費など通常療養のために必要なものが含まれ、傷病が治ゆ（症状固定）するまで行われます。

※「治ゆ」とは

療養(補償)給付は、傷病が治ゆするまで行われますが、労災保険における「治ゆ」とは、身体の諸器官・組織が健康時の状態に完全に回復した状態のみをいうものではなく、傷病の症状が安定し、医学上一般に認められた医療(注1)を行ってもその医療効果が期待できなくなった状態(注2)（「症状固定」の状態）をいいます。

したがって、「傷病の症状が、投薬・理学療法等の治療により一時的な回復がみられるにすぎない場合」など症状が残存している場合であっても、医療効果が期待できないと判断される場合には、労災保険では「治ゆ」（症状固定）として、療養(補償)給付を支給しないこととなっています。

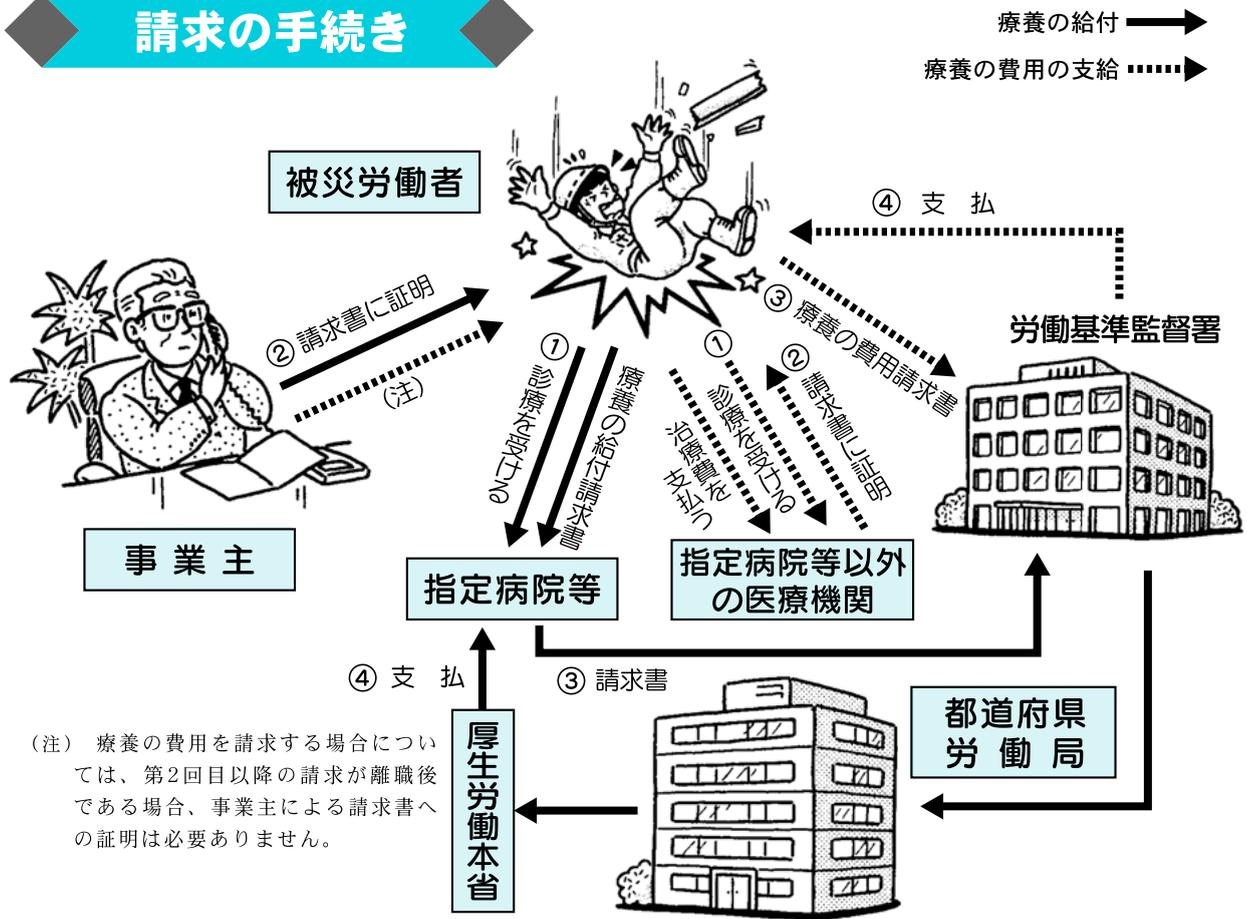
なお、せき髄損傷、頭頸部外傷性症候群等、慢性肝炎などの傷病にり患した方に対しては「治ゆ」（症状固定）後においても後遺症状が変化したり、後遺障害に付随する疾病を発症させるおそれがあるので予防その他の保健上の措置として診察、保健指導、保健のための薬剤の支給などを行うアフターケアを実施しています。

このアフターケアは、都道府県労働局長が交付する「健康管理手帳」を労災病院、医療リハビリテーションセンター、総合せき損センター、労災指定医療機関に提示することにより、無料で受けることができます。

(注1) 「医学上一般に認められた医療」とは、労災保険の療養の範囲（基本的には、健康保険に準拠しています）として認められたものをいいます。したがって、実験段階または研究的過程にあるような治療方法は、ここにいう医療には含まれません。

(注2) 「医療効果が期待できなくなった状態」とは、その傷病の症状の回復・改善が期待できなくなった状態をいいます。

請求の手続き



●療養の給付を請求する場合

療養を受けている指定医療機関等を経由して、所轄の労働基準監督署長に、「療養補償給付たる療養の給付請求書」(様式第5号)または「療養給付たる療養の給付請求書」(様式第16号の3)を提出してください。

●療養の費用を請求する場合

所轄の労働基準監督署長に、「療養補償給付たる療養の費用請求書」(様式第7号)または「療養給付たる療養の費用請求書」(様式第16号の5)を提出してください。

なお、薬局から薬剤の支給を受けた場合には様式第7号(第16号の5)(2)を、柔道整復師から手当を受けた場合には様式第7号(第16号の5)(3)を、はり師・きゅう師、あん摩マッサージ指圧師から手当を受けた場合には様式第7号(第16号の5)(4)を、訪問看護事業者から訪問看護を受けた場合には様式第7号(第16号の5)(5)を、提出してください。

●指定医療機関等を変更するとき

すでに指定医療機関等で療養の給付を受けている方が、帰郷などの理由で他の指定医療機関等に変更するときは、変更後の指定医療機関等を経由して所轄の労働基準監督署長に、「療養補償給付たる療養の給付を受ける指定病院等(変更)届」(様式第6号)または「療養給付たる療養の給付を受ける指定病院等(変更)届」(様式第16号の4)を提出してください。

●提出に当たって必要な添付書類

請求書	添付書類
様式第7号（第16の5）	看護・移送等に要した費用がある場合には、その費用についての明細書と看護・移送等をした者の請求書または領収書
様式第7号（第16の5）(4)	(1) マッサージの施術を受けた場合 ① 初療の日の請求書 ② 初療の日から6か月を経過した日の請求書 ③ ②の日以降3か月ごとの請求書ごとに医師の診断書を添付してください。 (2) はり・きゅうの施術を受けた場合 ① 初療の日の請求書 ② 初療の日から6か月を経過した日の請求書ごとに医師の診断書を添付してください。 また、初療の日から9か月を経過する場合は、はり師・きゅう師の意見書および症状経過表、更に医師の診断書、意見書の添付が必要となります。

※この他、必要とする書類を提出していただく場合があります。

通院費について

通院費については、被災された労働者の方の居住地または勤務先から、原則、片道2Km以上(※1)の通院であって、次の①から③のいずれかに該当する場合に支給対象となります。

- ① 同一市町村内の適切な医療機関(※2)へ通院したとき。
- ② 同一市町村内に適切な医療機関がないため、隣接する市町村内の医療機関へ通院したとき
(同一市町村内に適切な医療機関があっても、隣接する市町村内の医療機関の方が通院しやすいとき等も含まれます)。
- ③ 同一市町村内及び隣接する市町村内に適切な医療機関がないため、それらの市町村を超えた最寄りの医療機関へ通院したとき。

(※1) 片道2Km未満であっても、通院費の支給対象となる場合があります。

(※2) 適切な医療機関とは、傷病の診療に適した医療機関をいいます。

請求に関する時効

療養の給付については現物給付であることから、請求権の時効は問題とはなりません。療養の費用は、費用の支出が確定した日から2年を経過すると、時効により請求権が消滅しますのでご注意ください。

通勤災害の場合

様式16号の3 (表筒) 通勤災害に関する事項

① 災害時の通勤の種別
 1. 有給休暇等休業中に発生した災害
 2. 災害発生時、通勤途中に発生した災害
 3. 災害発生時、就業の場から発生した災害
 4. 災害発生時、通勤途中に発生した災害
 5. 災害発生時、就業の場から発生した災害

② 災害発生時の年月日及び時刻
 22年6月16日 8時45分

③ 災害発生時の通勤の種別
 通勤の種別
 22年6月16日 9時00分
 22年6月16日 8時00分

④ 災害時の通勤の種別に関する移動の通常の通勤経路、方法、所要時間並びに災害発生の日に住居または就業の場所から災害発生の日に至った経路、方法、所要時間その他の状況

自宅 徒歩 15分 → 飯田駅 飯田線 15分 → 榎田駅 徒歩 15分 → 会社

⑤ 災害の原因及び発生状況
 JR榎田駅から会社まで徒歩で出勤中、榎田町の榎田銀行本店前の市道で道路の横石がまっつき、転倒し左手首を骨折した。

⑥ 現認者の住所 飯田市榎田町
 氏名 ○○サ

⑦ 転任・事実の有無
 有・無

通勤災害の場合に記載します。

災害時の通勤の種別について、該当する記号を記入してください。

通勤の種別により、記入項目が異なります。

災害時の通勤の種別に関する移動の通常の通勤経路、方法、所要時間と、災害発生の日に住居または就業の場所から災害発生の日に至った経路、方法、所要時間をわかりやすく記入してください。

どのような場所で、どのような状態で、どのようにして災害が発生したかを、わかりやすく記入してください。

災害発生の実を確認した人の氏名を記入します

【項目記入にあたっての注意事項】

1. 記入すべき事項のない欄又は記入枠は空欄のままとし、事項を選択する場合には該当事項を付して記入してください。(ただし、請求人が労働保険の加入については該当欄に記入してください。)
2. 事項年度の発給権者が当該期間にかかる標準の給付を請求する場合には、労働保険番号欄に左記の年令と番号を記入してください。また、変更の際は記入しなさい。
3. 請求人が労働保険の加入特例受給者でない場合には記載する必要はありません。
4. ①は、災害時の通勤の種別が1の場合には、移動の起点たる就業の場所における就業開始の予定時刻を、②の場合には、復讐する日の移動の起点たる就業の場所における就業開始の予定の年月日及び時刻を記載すること。
5. ①は、災害時の通勤の種別が2の場合には、移動の起点たる就業の場所における就業終了の年月日及び時刻を、②の場合には、先行する日の移動の起点たる就業の場所における就業終了の年月日及び時刻を記載すること。
6. ①は、災害時の通勤の種別が3の場合には、移動の起点たる就業の場所を離れた年月日及び時刻を記載すること。
7. ④は、通常の通勤の経路を添示し、災害発生の日に住居または就業の場所から災害発生の日に至った経路を添示する用いであることを、その他の事項についてもできるだけ詳細に記載してください。
8. ⑤は、どのような場所を、どのような方法で往復している際に、どのような物で又はどのような状況において、どのようにして災害が発生したかをわかりやすく記載してください。
9. 「事実上の氏名」の欄及び「請求人の氏名」の欄は、記名欄に記入することによって、目字による署名をすることができます。

【標準字体記入にあたっての注意事項】

□□□□で表示された記入枠に記入する文字は、宛先式文字読取装置で直接読取りを行いますので、以下の注意事項に従って、表面の右上に必ず標準字体で記入してください。

1. 筆記用具は黒ボールペンを使用し、記入枠からはみださないように書いてください。
2. 底線「ようす」などは大きく書き、製点、半製点は「文字」として書いてください。

例) キツテ → **キツテ** キョ → **キヨ** バ → **ハ**

3. **シツソソ** は斜めの弧を書きはしめるとき、小さくかきつけてください。

4. **1** の数字をのこさないで確実に、**4** の数字本の教線は上で閉じないで書いてください。

表面の記入用文字を記入する際の注意	社会保険 有職年月日・振出代行書・事務代理者の表示 労働主 従業員	氏名	電話番号
		前	

指定医療機関等を変更するとき

様式第6号

労働者災害補償保険

療養補償給付たる療養の給付を受ける指定病院等(変更)届

通勤災害の場合は様式第16号の4

渋谷 労働基準監督署長殿

22年8月11日

(△△ 病院 診療所 薬局 訪問看護事業者 経由)

(郵便番号100-8916)

住所 千代田区霞ヶ関1-2-2 電話番号 〇〇〇〇番

届出人の

方

氏名 厚常 太郎 (男)

下記により療養補償給付たる療養の給付を受ける指定病院等を(変更するので)届けます。

(注 意)

- 一、事項を選択する場合は該当する事項を丸で囲むこと。
- 二、⑤は、①②③④のいずれかの場所で行った作業を記載すること。
- 三、傷病補償年金の支給を受ける場合は、⑤に記載した作業を記載すること。
- 四、傷病補償年金の支給を受ける場合は、⑤に記載した作業を記載すること。
- 五、届出人の氏名は、事業主の氏名を記載すること。

① 労働保険番号	③ 氏名	④ 負傷又は発病年月日										
<table border="1"> <tr> <th>時場</th> <th>所</th> <th>管轄</th> <th>基幹番号</th> <th>枝番号</th> </tr> <tr> <td>131</td> <td>0798</td> <td>7654</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	時場	所	管轄	基幹番号	枝番号	131	0798	7654			厚常 太郎 (男・女)	22年7月4日
時場	所	管轄	基幹番号	枝番号								
131	0798	7654										
② 年金証書の番号	労働者の職	前 4時00分頃										
<table border="1"> <tr> <th>管轄局</th> <th>種別</th> <th>西暦年</th> <th>番</th> <th>号</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	管轄局	種別	西暦年	番	号						701ス工	
管轄局	種別	西暦年	番	号								
⑤ 災害の原因及び発生状況												
701ス工場において、材料(重た鉄板、重量約70kg)を同僚2人で運搬し、701ス機の前の床にある際、あやまって手をすべらせて、持っていた鉄板とコンクリートの床面との間に左手第2、3指を挟まれて負傷した。												
③の者については、④及び⑤に記載したとおりであることを証明します。												
22年8月8日	事業の名称	〇〇工業株式会社										
	郵便番号	167-XXXX										
	事業場の所在地	杉並区井草〇-〇										
	事業主の氏名	代表取締役 〇〇 良助 (男)										
(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)												
⑥ 変更前の	名称	〇〇北病院 (労災指定医番号)										
	所在地	杉並区井草〇-〇-〇										
変更後の	名称	△△病院										
	所在地	渋谷区代々木〇-〇										
変更理由	通院療養のため、自宅からの距離が短い病院に替えたいため。											
⑦ 傷病補償年金の支給を受けることとなった後に療養の給付を受けようとする指定病院等の	名称											
	所在地											
⑧ 傷病名	左手示指基節骨骨折、左手中指挫傷											

事故の発生日時または発病の日を正確に記入してください。

自筆による署名の場合には、押印は必要ありません。

職種はなるべく具体的に、作業内容がわかるように記入してください。

どのような場所で、どのような作業をしている時に、どのような物・環境または状態で、どのようにして災害が発生したかをわかりやすく記入してください。

事業主の証明が必要です。ただし、離職後に届ける場合には、必要ありません。

傷病補償年金の支給を受けることとなった後に療養の給付を受けようとする指定病院等を記入してください。