

XI 診療費関係様式一覧

【診療費関係】

様式番号	請求様式名	物品番号	備考	参照頁
診機様式第1号 帳票種別 34720	労働者災害補償保険診療費 請求書	7230		P261
診機様式第1号の2 帳票種別 34720	検査に要した費用等請求書	72227		P262
診機様式第2号 帳票種別 34721	診療費請求内訳書 (入院用)	7231	単票	P263
診機様式第3号 帳票種別 34722	診療費請求内訳書 (入院外用)	7232		P264
診機様式第4号 帳票種別 34723	診療費請求内訳書 (入院用) 傷病	7233		P265
診機様式第5号 帳票種別 34724	診療費請求内訳書 (入院外用) 傷病	7234		P266
診機様式第2号 帳票種別 34721	診療費請求内訳書 (入院用)	7235		連続 帳票 マス目 大
診機様式第3号 帳票種別 34722	診療費請求内訳書 (入院外用)	7236	P268	
診機様式第4号 帳票種別 34723	診療費請求内訳書 (入院用) 傷病	7237	P269	
診機様式第5号 帳票種別 34724	診療費請求内訳書 (入院外用) 傷病	7238	P270	
診機様式第2号 帳票種別 34725	診療費請求内訳書 (入院用)	7239	連続 帳票 マス目 小	
診機様式第3号 帳票種別 34726	診療費請求内訳書 (入院外用)	72220		P272
診機様式第4号 帳票種別 34727	診療費請求内訳書 (入院用) 傷病	72221		P273
診機様式第5号 帳票種別 34728	診療費請求内訳書 (入院外用) 傷病	72222		P274
	続紙	72213		

※福島労働局労災補償課医療係又は最寄りの労働基準監督署より交付を受けてください。

【アフターケア委託費請求書】

請求様式名	様式番号	物品番号	参考頁
アフターケア委託費請求書	実施要領様式第5号 帳票種別 37700	81201	P276
アフターケア委託費請求内訳書	実施要領様式第5号の2 帳票種別 37702	81203	P277

【二次健康診断関係様式】

請求様式名	様式番号	物品番号	参考頁
労働者災害補償保険二次健康診断等費用請求書	二機様式第1号 帳票種別 38700	72615	P278
二次健康診断等費用請求内訳書	二機様式第2号 帳票種別 38701	72620	P279

【給付請求書関係】

請求書の様式番号	給付の種類	参考頁
〈業務災害用 複数業務要因災害用〉		
様式第5号	療養補償給付及び複数事業労働者療養給付たる療養の給付請求書	P280
様式第6号	療養補償給付及び複数事業労働者療養給付たる療養の給付を受ける指定病院等（変更）届	P282
〈通勤災害用〉		
様式第16号の3	療養給付たる療養の給付請求書	P284
様式第16号の4	療養給付たる療養の給付を受ける指定病院等（変更）届	P286
〈二次健康診断〉		
様式第16号の10の2	二次健康診断等給付請求書	P288

※労災保険給付関係請求書等（上記において太字で記載のもの）について
厚生労働省ホームページからダウンロードできます。

【診断書関係様式】（主なもの）

様式番号等	様式名称	参考頁
様式第10号及び様式第16号の7に添付する「障害の部位及び状態に関する診断書	労働者災害補償保険診断書（障害（補償）給付請求用）	P290
年金通知様式第2号の1	診断書（じん肺用）	P291
年金通知様式第3号	診断書（せき髄損傷用）	P293
年金通知様式第4号	診断書（じん肺・せき髄損傷用以外用）	P294

診機様式第1号 帳票種別34720 物品番号7230

■ 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

帳票種別 34720	※修正項目番号 □	① 指定病院等の番号 □□□□□□□□	② ※受付年月日 □□□□□□ <small>1~9月は付→ 1~9日は付→ 1~9日は付→</small>
③ 請求金額 千 百 十 万 千 百 十 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 枚 □□□	
ただし、 ⑤ 請求年 □□□年 <small>1~9年は付→</small>	⑥ 請求月 □□月分 <small>1~9月は付→</small>	※修正欄 □□□□□□□□□□	
<p>_____ほか_____名に対する診療費の内訳は、別紙内訳書のとおり。</p> <p>上記の金額を請求します。</p> <p>_____年 _____月 _____日</p> <p>_____郵便番号_____</p> <p>住 所 (所在地) _____</p> <p>請求人の 名 称 (病院又は診療所) _____</p> <p>責任者氏名 _____</p> <p>_____労働局長殿 _____電話番号 _____ (_____ 署分)</p> <p>受付印 _____</p>			

※印の欄は記入しないでください。

診機様式第1号の2 帳票種別34720 物品番号72227

診機様式第1号の2

※標準
字体

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

検査に要した費用等請求書（指定医療機関用）

帳票種別 <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text" value="34720"/>	※修正 項目 番号 <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	① 指定病院等の番号 <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	② ※受付年月日 <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <p style="font-size: 8px; text-align: center;"> 1-9年右→ 1-9月右→ 1-9日右→ </p>															
③ 請求金額 <table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">千</td><td style="width: 10%;">百</td><td style="width: 10%;">十</td><td style="width: 10%;">百</td><td style="width: 10%;">千</td><td style="width: 10%;">百</td><td style="width: 10%;">十</td><td style="width: 10%;">円</td> </tr> <tr> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> </tr> </table> 金額の頭に¥マークを付けてください。		千	百	十	百	千	百	十	円	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	④ 内訳書添付枚数 枚 <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
千	百	十	百	千	百	十	円											
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>											
⑤ 請求年 ただし、 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 年 <p style="font-size: 8px; text-align: center;"> 1-9年右→ </p>	⑥ 請求月 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 月分 <p style="font-size: 8px; text-align: center;"> 1-9月右→ </p>	※修正欄 <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>																

年 月 日付けをもって依頼のあった _____

にかかる _____ の費用（内訳は別添の診療費請求内訳書
のとおり）を上記のとおり請求します。

_____ 年 月 日

郵便番号 _____

住 所
（所在地） _____

請求人の 名 称
（病院又は診療所） _____

責任者氏名 _____

労働局長殿 電話番号 _____
（ 署分）

受付印

※印の欄は記入しないでください。

診機様式第2号 帳票種別34721 物品番号7231

■ 診機様式第2号

第 回 (同一傷病)

指定病院 等の番号	病院等 の名称
--------------	------------

帳票種別 <input type="text" value="34721"/> 修正項目番号 <input type="text" value="00"/>		①新継再別 ②転滞事由 1初診 1始め 1終結 3転医始診 3遷移 3死亡 5継続 7再発		③支払額 百万 十万 万 千 百 十 円 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>							
④ 府 県 所 掌 管 轄 基 幹 番 号 校 番 号 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		⑤増減コード及び増減額 百万 十万 万 千 百 十 円 増 減 額 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		⑥増減理由 <input type="text"/> <input type="text"/>							
⑦ 生 年 月 日 年 月 日 1明治 3大正 5昭和 7平成 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		⑧ 傷 病 年 月 日 年 月 日 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		⑨ 決 定 年 月 日 年 月 日 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		⑩ 処 理 区 分 <input type="text"/> <input type="text"/>					
⑪ 療 業 期 間 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		⑫ 診 療 日 数 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日		修正欄 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>							
労働者の氏名 (歳)		傷病の部位及び傷病名									
事業の名称		傷病の経過									
事業場の所在地 都府 道 県 郡 区 市											
診 療 内 容				点 数 (点)		診 療 内 容		金 額		摘 要	
⑪ 初診 時間外・休日・深夜						⑪ 初 診		円			
⑫ 指導						⑫ その他		円			
⑬ 在宅						小 計		円		備 考	
⑭ 投 薬 ⑭ ① 内 服 単 位 ⑭ ② 屯 服 単 位 ⑭ ③ 外 用 単 位 ⑭ ④ 調 剤 日 ⑭ ⑤ 麻 毒 日 ⑭ ⑥ 調 基						⑮ 食 事					
⑯ 注 射 ⑯ ① 皮 下 筋 肉 内 回 ⑯ ② 静 脈 内 回 ⑯ ③ そ の 他 回						基 準		円 × 回 円 × 回 円 × 日			
⑰ 処 置 ⑰ ① 薬 剤 回						食 事 療 養		回		円	
⑱ 手 術 ⑱ ① 薬 剤 回						摘 要					
⑲ 検 査 ⑲ ① 薬 剤 回											
⑳ 療 養 ⑳ ① 薬 剤 回											
㉑ 診 断 ㉑ ① 薬 剤											
㉒ その他											
入院年月日 年 月 日											
病 診 衣 ⑲ 入院基本料・加算											
⑳ 入 院											
㉑ 特 定 入 院 料 ・ そ の 他											
小 計				点 ①		円					

診
療
費
請
求
内
訳
書
(入院用)

職員記入欄(この欄は記入しなくてもかまいません。)

診機様式第3号 帳票種別34722 物品番号7232

<p>診機様式第3号 第 回 (同一傷病)</p>	<p>指定病院 等の番号</p>	<p>病院等 の名称</p>		
<p>帳票種別 34722 修正項目番号 00</p> <p>①新症再別 ②転滞事由 1初診 1治療 2再診 2再診 3転院 3再診 4再診 4再診 5再診 5再診 6再診 6再診 7再診 7再診</p>		<p>③支払額 百 千 百 十 円 ④増減コード及び増減額 百 千 百 十 円 ⑤増減理由 ⑥決定年月日 ⑦処理区分</p>		
<p>④労働番号 ⑤生年月日 ⑥傷病年月日 ⑦療養期間 ⑧診療表日数 ⑨合併 ⑩+</p>		<p>職員記入欄(この欄は記入しないでください。)</p>		
<p>労働者の氏名 (歳)</p> <p>事業の名称</p> <p>事業場の所在地 都府 道県 市区 市</p>		<p>傷病の部位及び傷病名</p> <p>傷病の経過</p>		
<p>⑪初診 時間外・休日・深夜</p> <p>⑫再診 時間外 休日 深夜</p> <p>⑬指導</p> <p>⑭在宅 往診 夜間 緊急・深夜 在宅患者訪問診療 その他 薬剤</p> <p>⑮投薬 ⑯内服薬剤 ⑰外用薬剤 ⑱処方 ⑲麻毒 ⑳調基</p> <p>⑳注射 ㉑皮下筋肉内 ㉒静脈内 ㉓その他</p> <p>㉔処置 ㉕手麻酔 ㉖検査 ㉗面診 ㉘傷断 ㉙その他</p>		<p>診療内容</p> <p>点数(点)</p> <p>⑪初診 回</p> <p>⑫再診 回</p> <p>⑬指導 回</p> <p>⑭在宅 回</p> <p>⑮投薬 回</p> <p>⑯内服薬剤 回</p> <p>⑰外用薬剤 回</p> <p>⑱処方 回</p> <p>⑲麻毒 回</p> <p>⑳調基 回</p> <p>⑳注射 回</p> <p>㉑皮下筋肉内 回</p> <p>㉒静脈内 回</p> <p>㉓その他 回</p> <p>㉔処置 回</p> <p>㉕手麻酔 回</p> <p>㉖検査 回</p> <p>㉗面診 回</p> <p>㉘傷断 回</p> <p>㉙その他 回</p>	<p>診療内容</p> <p>金額</p> <p>⑪初診 円</p> <p>⑫再診 円</p> <p>⑬指導 円</p> <p>⑭その他 円</p> <p>小計 円</p>	<p>摘要</p> <p>摘要</p>
<p>小計 点 ① 円</p>				

診機様式第4号 帳票種別34723 物品番号7233

診機様式第4号 (傷) 第 回 (同一傷病について)		指定病院 等の番号	病院等 の名称
① 帳票種別 34723	② 修正項目 番号	③ 新規再別 1 新規 5 継続 7 再発	④ 転帰事由 1 治癒 3 継続 5 転送 7 中止 9 死亡
④ 管轄届種別 西暦年 番号 年 証書の番号		⑤ 増減コード及び増減額 百 十 千 百 十 円	
⑥ 療養期間 1 開始 3 改正 5 増補 7 変更 9 令和		⑦ 増減理由 ⑧ 処理区分	
⑨ 診療日数 1~9日は右へ→ 1~9日は右へ→ 1~9日は右へ→		⑩ 決定年月日 1~9日は右へ→ 1~9日は右へ→ 1~9日は右へ→	
⑪ 合計額 百 十 千 百 十 円		修正欄	
労働者の氏名 明・大・昭・平・令 (歳) 年 月 日生		傷病の経過	
傷病の部位及び傷病名			
診療内容 ① 初診 時間外・休日・深夜 ② 指導 ③ 在宅 ④ 内服 ⑤ 屯服 ⑥ 外用 ⑦ 調剤 ⑧ 麻毒 ⑨ 調基 ⑩ 皮下筋肉内 ⑪ 静脈内 ⑫ その他 ⑬ 薬剤 ⑭ 薬剤 ⑮ 薬剤 ⑯ 薬剤 ⑰ 薬剤 ⑱ 薬剤 ⑲ 入院年月日 年 月 日 病診衣 ⑳ 入院基本料・加算 × 日間 × 日間 × 日間 × 日間 × 日間 ㉑ 特定入院料・その他		点数(点)	診療内容 ① 初診 ② その他 小計 ③ 食事 基準 食事療養 摘要
金額 円 円 円 円× 円× 円× 円 円		摘要 備考	
小計		点 円	

職員記入欄(この欄は記入しなすべからず)

診療費請求書(入院用)

診機様式第5号 帳票種別34724 物品番号7234

診機様式第5号 (傷) 第 回 (同一傷病)	指定病院 等の番号	病院等 の名称
①新継再別 1 新規 5 継続 7 再発		②転項事由 1 治ゆ 7 中止 3 継続 9 死亡 5 転送
④ 管轄局 種別 西暦年 番号 年金 証書の 番号		③支払額 百 十 千 百 十 円
⑧療養期間 1 明治 3 大正 5 昭和 7 平成 9 令和		⑤増減コード及び増減額 百 十 千 百 十 円
⑩診療日数 1~9月は右→ 1~9月は右→ 1~9月は右→		⑥増減理由 百 十 千 百 十 円
⑪合計額 ④+⑩		⑦処理区分 百 十 千 百 十 円
⑫決定年月日 元 年 月 日		⑨修正欄 1~9月は右→ 1~9月は右→ 1~9月は右→
労働者の氏名 明・大・昭・平・令 (歳) 年 月 日生		傷病の経過
傷病の部位 及び 傷病名		
診療内容 ⑪初診 時間外・休日・深夜 ⑫再診 時間外 ⑬指導		点数(点) ⑭初診 ⑮再診 ⑯指導
⑭在宅 往診 夜間 緊急・深夜 在宅患者訪問診療 その他 薬剤		金額 ⑰初診 ⑱再診 ⑲指導 ⑳その他 小計
⑳薬 ⑳内服薬 ㉑外用薬 ㉒処方 ㉓麻毒 ㉔調基		摘要 ⑳金額 ㉑金額 ㉒金額 ㉓金額 ㉔金額 ㉕金額 ㉖金額 ㉗金額 ㉘金額 ㉙金額 ㉚金額 ㉛金額 ㉜金額 ㉝金額 ㉞金額 ㉟金額 ㊱金額 ㊲金額 ㊳金額 ㊴金額 ㊵金額 ㊶金額 ㊷金額 ㊸金額 ㊹金額 ㊺金額 ㊻金額 ㊼金額 ㊽金額 ㊾金額 ㊿金額
㉞注射 ㉟処置 ㊱手術 ㊲検査 ㊳画像 ㊴診断 ㊵その他		摘要 ㊱金額 ㊲金額 ㊳金額 ㊴金額 ㊵金額 ㊶金額 ㊷金額 ㊸金額 ㊹金額 ㊺金額 ㊻金額 ㊼金額 ㊽金額 ㊾金額 ㊿金額
小計		点 ① 円

診機様式第2号 帳票種別34721 物品番号7235

診機様式第2号 第 回 (同一傷病について)	指定病院等の番号	病院等の名称
原簿種別 34721		修正項番号
診療内容 ①初診 ②再診 ③他		支払額 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩
労働者の氏名 () 歳		傷病の部位及び傷病名
事業の名称		傷病の経過
事業場の所在地 都府道県 市区市		修正額
診療内容 ①初診 ②時間外・休日・深夜 ③指導 ④在宅 ⑤内服 ⑥点眼 ⑦外用 ⑧調剤 ⑨麻薬 ⑩漢方 ⑪皮下筋肉内 ⑫静脈内 ⑬その他 ⑭処置 ⑮薬劑 ⑯薬劑 ⑰薬劑 ⑱薬劑 ⑲入院年月日 年 月 日 ⑳入院基本料・加算 ㉑特定入院料・その他		点数(点)
診療内容 ①初診 ②その他 ③食事 ④標準 ⑤食事療養		金額 円 円 円 円× 回 円× 回 円× 日 円 円
摘要		摘要
小計 点 ④ 円		摘要

診療費請求書 (入院用)

横書き入欄(1)の欄は記入しないこと(2)の欄は記入すること(3)の欄は記入すること

診機様式第3号 帳票種別34722 物品番号7236

診療費請求書 (入院外用)

診機様式第3号 第 回 (再発病について)	指定病院等の番付	疾患等の名称
帳票種別 34722 修正項目番号 <input type="text"/>		(再発病) <input type="checkbox"/> 再発事由 <input type="checkbox"/>
① 診療科目 <input type="text"/>		④ 支払期日 <input type="text"/>
② 生年月日 <input type="text"/> ③ 傷病年月日 <input type="text"/>		⑤ 傷病の部位及び傷病名 <input type="text"/>
⑥ 傷病の経過 <input type="text"/>		⑦ 傷病の経過 <input type="text"/>
⑧ 傷病の経過 <input type="text"/>		⑧ 傷病の経過 <input type="text"/>
⑨ 傷病の経過 <input type="text"/>		⑨ 傷病の経過 <input type="text"/>
⑩ 傷病の経過 <input type="text"/>		⑩ 傷病の経過 <input type="text"/>
⑪ 傷病の経過 <input type="text"/>		⑪ 傷病の経過 <input type="text"/>
⑫ 傷病の経過 <input type="text"/>		⑫ 傷病の経過 <input type="text"/>
⑬ 傷病の経過 <input type="text"/>		⑬ 傷病の経過 <input type="text"/>
⑭ 傷病の経過 <input type="text"/>		⑭ 傷病の経過 <input type="text"/>
⑮ 傷病の経過 <input type="text"/>		⑮ 傷病の経過 <input type="text"/>
⑯ 傷病の経過 <input type="text"/>		⑯ 傷病の経過 <input type="text"/>
⑰ 傷病の経過 <input type="text"/>		⑰ 傷病の経過 <input type="text"/>
⑱ 傷病の経過 <input type="text"/>		⑱ 傷病の経過 <input type="text"/>
⑲ 傷病の経過 <input type="text"/>		⑲ 傷病の経過 <input type="text"/>
⑳ 傷病の経過 <input type="text"/>		⑳ 傷病の経過 <input type="text"/>
㉑ 傷病の経過 <input type="text"/>		㉑ 傷病の経過 <input type="text"/>
㉒ 傷病の経過 <input type="text"/>		㉒ 傷病の経過 <input type="text"/>
㉓ 傷病の経過 <input type="text"/>		㉓ 傷病の経過 <input type="text"/>
㉔ 傷病の経過 <input type="text"/>		㉔ 傷病の経過 <input type="text"/>
㉕ 傷病の経過 <input type="text"/>		㉕ 傷病の経過 <input type="text"/>
㉖ 傷病の経過 <input type="text"/>		㉖ 傷病の経過 <input type="text"/>
㉗ 傷病の経過 <input type="text"/>		㉗ 傷病の経過 <input type="text"/>
㉘ 傷病の経過 <input type="text"/>		㉘ 傷病の経過 <input type="text"/>
㉙ 傷病の経過 <input type="text"/>		㉙ 傷病の経過 <input type="text"/>
㉚ 傷病の経過 <input type="text"/>		㉚ 傷病の経過 <input type="text"/>
㉛ 傷病の経過 <input type="text"/>		㉛ 傷病の経過 <input type="text"/>
㉜ 傷病の経過 <input type="text"/>		㉜ 傷病の経過 <input type="text"/>
㉝ 傷病の経過 <input type="text"/>		㉝ 傷病の経過 <input type="text"/>
㉞ 傷病の経過 <input type="text"/>		㉞ 傷病の経過 <input type="text"/>
㉟ 傷病の経過 <input type="text"/>		㉟ 傷病の経過 <input type="text"/>
㊱ 傷病の経過 <input type="text"/>		㊱ 傷病の経過 <input type="text"/>
㊲ 傷病の経過 <input type="text"/>		㊲ 傷病の経過 <input type="text"/>
㊳ 傷病の経過 <input type="text"/>		㊳ 傷病の経過 <input type="text"/>
㊴ 傷病の経過 <input type="text"/>		㊴ 傷病の経過 <input type="text"/>
㊵ 傷病の経過 <input type="text"/>		㊵ 傷病の経過 <input type="text"/>
㊶ 傷病の経過 <input type="text"/>		㊶ 傷病の経過 <input type="text"/>
㊷ 傷病の経過 <input type="text"/>		㊷ 傷病の経過 <input type="text"/>
㊸ 傷病の経過 <input type="text"/>		㊸ 傷病の経過 <input type="text"/>
㊹ 傷病の経過 <input type="text"/>		㊹ 傷病の経過 <input type="text"/>
㊺ 傷病の経過 <input type="text"/>		㊺ 傷病の経過 <input type="text"/>
㊻ 傷病の経過 <input type="text"/>		㊻ 傷病の経過 <input type="text"/>
㊼ 傷病の経過 <input type="text"/>		㊼ 傷病の経過 <input type="text"/>
㊽ 傷病の経過 <input type="text"/>		㊽ 傷病の経過 <input type="text"/>
㊾ 傷病の経過 <input type="text"/>		㊾ 傷病の経過 <input type="text"/>
㊿ 傷病の経過 <input type="text"/>		㊿ 傷病の経過 <input type="text"/>
小計 <input type="text"/>		小計 <input type="text"/>

診機様式第3号 帳票種別34726 物品番号72220

■ 診機様式第3号 第 回 (同一傷病について) 指定病院等の番号 病院等の名称

診療費

請求

内訳

書 (入院外用)

帳票種別 <input type="text" value="34726"/> 修正項目番号 <input type="text" value="00"/> ④ 府県 <input type="text"/> 所管 <input type="text"/> 基幹番号 <input type="text"/> 校番号 <input type="text"/> 労働保険番号 <input type="text"/> ⑥ 生年月日 元号 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 旧暦 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 1 開始 3 改正 5 昭和 7 平成 9 令和 ⑩ 療養期間 <input type="text"/> ⑪ 診療実日数 <input type="text"/> 日 ⑬ 合計額 <input type="text"/> ② + ⑩		① 新発再別 1 初診 3 転院発診 5 継続 7 再発 ② 転院事由 1 始末 3 継続 5 転院 7 中止 9 死亡	③ 支払額 <input type="text"/> ⑤ 増減コード及び増減額 <input type="text"/> ⑧ 増減理由 <input type="text"/> ⑨ 決定年月日 <input type="text"/> ⑫ 処理区分 <input type="text"/> 修正欄 <input type="text"/>
労働者の氏名 (歳) 事業の名称 事業場の所在地 都府 道県 市区 市	傷病の部位及び傷病名 傷病の経過		
⑪ 初診 時間外・休日・深夜 ⑫ 外来管理加算 時間外 休日 深夜 ⑬ 指導 ⑭ 往診 夜間 緊急・深夜 在宅患者訪問診療 在宅 薬剤 ⑮ 内服薬剤 ⑯ 外用薬剤 ⑰ 処方薬 ⑱ 麻薬 ⑲ 調基 ⑳ 皮下筋肉内注射 ㉑ 静脈内注射 ㉒ その他 ㉓ 処置 ㉔ 検査 ㉕ 検査差理 ㉖ 画像診断 ㉗ その他	点数(点) <input type="text"/> ① 点 <input type="text"/> 円	診療内容 金額 摘要 ⑪ 初診 円 ⑫ 再診 円 ⑬ 指導 円 ⑭ その他 円 小計 円 摘要	

職員記入欄へこの欄は記入しないでください。()

診療費請求内訳書 (続紙)

指定病院等の番号		病院等の名称	労働者の氏名(年齢)	(歳)
----------	--	--------	------------	-------

労働保険番号	府	県	所掌	管轄	基幹番号	枝番号	年金証書の番号	管轄局	種別	西暦年	番号

摘	要

■ 実施要領様式第5号

※標準字体 **0123456789**

アフターケア委託費請求書

帳票種別 37700	※修正項目番号 □	①※管轄局 □□	②※受付年月日 9 令和 □□□□□□□□ <small>1～9月は右へ↑ 1～9月は右へ↑ 1～9月は右へ↑</small>	※印の欄は記入しないでください。																																																
③指定病院等の番号 □□□□□□□□																																																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="8" style="text-align: center;">④ 請 求 金 額</th> <th colspan="3" style="text-align: center;">⑤内訳書添付枚数</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">千</td><td style="text-align: center;">百</td><td style="text-align: center;">十</td><td style="text-align: center;">百</td><td style="text-align: center;">千</td><td style="text-align: center;">百</td><td style="text-align: center;">十</td><td style="text-align: center;">円</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">枚</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">□</td><td style="text-align: center;">□</td><td style="text-align: center;">□</td><td style="text-align: center;">□</td><td style="text-align: center;">□</td><td style="text-align: center;">□</td><td style="text-align: center;">□</td><td style="text-align: center;">□</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">□□□</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="text-align: center;">金額の頭に¥マークを付けてください。</td> </tr> </table>			④ 請 求 金 額								⑤内訳書添付枚数			千	百	十	百	千	百	十	円	枚			□	□	□	□	□	□	□	□	□□□			金額の頭に¥マークを付けてください。											⑥請求年 7平成 9令和 □□□□年 □□月分 <small>1～9月は右へ↑ 1～9月は右へ↑</small>		⑦請求月 □□月分 <small>1～9月は右へ↑</small>		※修正欄 □□□□□□□□□□	
④ 請 求 金 額								⑤内訳書添付枚数																																												
千	百	十	百	千	百	十	円	枚																																												
□	□	□	□	□	□	□	□	□□□																																												
金額の頭に¥マークを付けてください。																																																				
<p style="text-align: center;">_____ ほか _____ 名に対する委託費の内容は、別紙内訳書のとおり。</p> <p>上記の金額を請求します。</p> <p style="text-align: center;">令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p style="text-align: right;">郵便番号 _____</p> <p style="text-align: center;">住 所 (所在地) _____</p> <p>請 求 人 の (病院又は診療所) 名 称 _____</p> <p style="text-align: center;">代表者氏名 _____</p> <p style="text-align: right;">電話番号 _____</p> <p style="text-align: center;">労 働 局 長 殿 _____</p> <div style="border: 1px dashed black; width: 200px; height: 100px; margin-left: auto; margin-top: 20px;"> 受付印 </div>																																																				

実施要領様式第5号の2 帳票種別37702 物品番号81203

■ 実施要領様式第5号の2

※標準字体

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

 ■

ア
フ
タ
ー
ケ
ア
委
託
費
請
求
内
訳
書

帳票種別 <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"><tr><td style="width: 20px;">3</td><td style="width: 20px;">7</td><td style="width: 20px;">7</td><td style="width: 20px;">0</td><td style="width: 20px;">2</td></tr></table>	3	7	7	0	2	修正項目番号 <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"><tr><td style="width: 20px;"> </td></tr></table>		① 支払額 <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"><tr><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td></tr></table>																										
3	7	7	0	2																														
② 健康管理手帳番号 「西暦年」 「所轄局」 「傷病番号」 「振出番号」 「枝番号」 <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"><tr><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td></tr></table>																																		
③ 診察年月日 元* 年* 月* 日* 7平成 9令和 <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"><tr><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td></tr></table>								④ 査定額 <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"><tr><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td></tr><tr><td style="width: 20px;">+</td><td style="width: 20px;">増</td><td colspan="8"></td><td style="width: 20px;">-</td><td style="width: 20px;">減</td></tr></table>												+	増									-	減			
+	増									-	減																							
⑤ 検査年月日 (健康診断年月日) 元* 年* 月* 日* 7平成 9令和 <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"><tr><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td></tr></table>								⑥ 増減理由 <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"><tr><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td></tr></table>																										
⑦ 処理区分 <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"><tr><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td></tr></table>				⑧ 決定年月日 元* 年* 月* 日* 9令和 <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"><tr><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td></tr></table>																														
⑨ 合計額 (イ)+(ロ) <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"><tr><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td></tr></table>														修正欄 <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"><tr><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td></tr></table>																				
受診者の氏名		病院等の名称																																
対象となるアフターケア傷病コード		裏面の表の傷病コードを記入してください。																																
病床数		床 前回の検査年月日 年 月 日																																
初診 時間外 回		診療内訳																																
再診 時間外 回		初診 年 月 日 円																																
外来診療料 時間外 回		再診 年 月 日 円																																
小計		(ロ) 円																																
指 導																																		
内服薬剤 単位 回		<table border="1" style="width: 100%; height: 100%; text-align: center;"> <tr><td colspan="2">擴</td></tr> <tr><td colspan="2">要</td></tr> </table>		擴		要																												
擴																																		
要																																		
調剤 単位 回																																		
屯服薬剤 単位 回																																		
外用薬剤 単位 回																																		
調剤 回																																		
処方 回																																		
麻毒 回																																		
調基 回																																		
皮下筋肉内 回																																		
静脈内 回																																		
処置 回																																		
薬剤 回																																		
麻酔 薬剤 回																																		
検査 回																																		
調剤 回																																		
調剤 回																																		
その他 回																																		
小計		点 (イ) 円																																

職員記入欄

様式第5号(裏面)

㉔その他就業先の有無	
有	有の場合のその数 (ただし表面の事業場を含まない)
無	社
有の場合でいずれかの事業で特別加入している場合の特別加入状況 (ただし表面の事業を含まない)	
労働保険事務組合又は特別加入団体の名称	
労働保険番号(特別加入)	
加入年月日	
年 月 日	

[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○で囲んでください。(ただし、⑧欄並びに⑨及び⑩欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。)
- 2 ⑬は、災害発生の事実を確認した者(確認した者が多数のときは最初に発見した者)を記載してください。
- 3 傷病補償年金又は複数事業労働者傷病年金の受給権者が当該傷病に係る療養の給付を請求する場合には、⑤労働保険番号欄に左詰めで年金証書番号を記入してください。また、⑨及び⑩は記入しないでください。
- 4 複数事業労働者療養給付の請求は、療養補償給付の支給決定がなされた場合、遡って請求されなかったものとみなされます。
- 5 ㉔「その他就業先の有無」欄の記載がない場合又は複数就業していない場合は、複数事業労働者療養給付の請求はないものとして取り扱います。
- 6 疾病に係る請求の場合、脳・心臓疾患、精神障害及びその他二以上の事業の業務を要因とすることが明らかな疾病以外は、療養補償給付のみで請求されることとなります。

[その他の注意事項]

この用紙は、機械によって読取りを行いますので汚したり、穴をあけたり、必要以上に強く折り曲げたり、のりづけしたりしないでください。

派遣元事業主 証明欄	派遣元事業主が証明する事項(表面の⑩、⑪及び⑬)の記載内容について事実と相違ないことを証明します。	
	年 月 日	事業の名称
		電話() —
		事業場の所在地
	事業主の氏名	
	(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)	

社会保険 労務士 記載欄	作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示	氏名	電話番号
			() —

様式第6号 療養補償給付及び複数事業労働者

療養の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(表面)

労働者災害補償保険

療養補償給付及び複数事業労働者療養給付たる療養の給付を受ける指定病院等(変更)届

労働基準監督署長 殿

年 月 日

	病 院	〒 _____
	診 療 所	
	業 局 経由	電話() _____
	訪問看護事業者	
	住 所	_____ 方
	届出人の	_____ 方
	氏 名	_____

下記により療養補償給付及び複数事業労働者療養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。

① 労働保険番号					③ 氏名 (男・女)	④ 負傷又は発病年月日		
府県	所掌	管轄	基幹番号	枝番号		生年月日	年 月 日	年 月 日
					労働者の	住 所	前	時 分 頃
② 年金証書の番号					職 種	後		
管轄局	種別	西暦年	番 号					
⑤ 災害の原因及び発生状況 (あ)どのような場所で(い)どのような作業をしているときに(う)どのような物又は環境に(え)どのような不安全な又は有害な状態があつて(お)どのような災害が発生したかを簡明に記載すること。								
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。 事業の名称 _____ _____ 年 月 日 〒 _____ 電話() _____ 事業場の所在地 _____ 事業主の氏名 _____ (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 指定病院等の変更	変 更 前 の	名 称	_____		(労災指定 医 番号)			
	変 更 後 の	名 称	_____		〒 _____			
	変 更 理 由	所在地	_____		〒 _____			
⑦	療病補償年金又は複数事業労働者遺族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	_____						

様式第6号(裏面)

⑨その他就業先の有無		
有 無	有の場合のその数 (ただし表面の事業場を含まない) 社	有の場合でいずれかの事業で特別加入している場合の特別 加入状況(ただし表面の事業を含まない) 労働保険事務組合又は特別加入団体の名称
	労働保険番号(特別加入)	加入年月日 年 月 日

【注意】

- 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○で囲むこと。
- 2 傷病補償年金又は複数事業労働者傷病年金の受給権者が当該傷病に係る療養に関しこの届書を提出するときは
 - (1) ①、④及び⑤は記載する必要がないこと。
 - (2) 事業主の証明は受ける必要がないこと。
- 3 傷病補償年金又は複数事業労働者傷病年金の受給権者が当該傷病に係る療養に関しこの届書を提出する場合以外の場合で、その提出が離職後であるときには事業主の証明は受ける必要がないこと。
- 4 複数事業労働者療養給付の届出は、療養補償給付の支給決定がなされた場合、遡って届出されなかったものとみなすこと。
- 5 ⑨「その他就業先の有無」欄の記載がない場合又は複数就業していない場合は、複数事業労働者療養給付の届出はないものとして取り扱うこと。
- 6 疾病に係る請求の場合、脳・心臓疾患、精神障害及びその他二以上の事業の業務を要因とすることが明らかな疾病以外は、療養補償給付のみで届出されることとなること。

社会保険 労務士 記載欄	作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示	氏名	電話番号
			() —

様式第16号の3 通勤災害用

療養給付たる療養の給付請求書

■ 様式第16号の3(表面) 労働者災害補償保険 裏面に記載してある注意 標準字体 〇 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

通勤災害用 事項をよく読んで、**標準字体**で記入してください。

療養給付たる療養の給付請求書 記入してください。

※ 票種別 ①管轄局番 ②業通別 ③保留 ④処理区分 ④受付年月日

3 4 5 9 0 [] [] [] [] 3 1業 1業レシ 3通 3全給付 [] [] ※ [] [] [] [] [] []

⑤労働保険番号 ⑥労働者の生年月日 ⑦賃傷又は発病年月日 ⑧再発年月日

⑨性別 (1男 3女) ⑩労働者の生年月日 (1-9月は左へ、10-12月は右へ) ⑪賃傷又は発病年月日 (1-9月は左へ、10-12月は右へ) ⑫再発年月日 (1-9月は左へ、10-12月は右へ)

⑬労働者の氏名 (フリガナ) ⑭健康保険日雇特別被保険者手帳の記号及び番号

⑮通勤災害に関する事項 裏面のとおり

⑯指定病院等の名称 所在地 電話() -

⑰傷病の部位及び状態

⑱の者については、⑩及び裏面の(ロ)、(ハ)、(ニ)、(ホ)、(ト)、(チ)、(リ) (通常の通勤の経路及び方法に限る。)及び(ヲ)に記載したとおりであることを証明します。

事業の名称 電話() -

事業場の所在地 〒 -

事業主の氏名 (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)

労働者の所属事業場の名称・所在地 電話() -

(注意) 1 事業主は、裏面の(ロ)、(ハ)及び(リ)については、知り得なかった場合には証明する必要がないので、知り得なかった事項の符号を消してください。
2 労働者の所属事業場の名称・所在地については、労働者が直接所属する事業場が一括適用の取扱いを受けている場合に、労働者が直接所属する支店、工事現場等を記載してください。
3 派遣労働者について、療養給付のみの請求がなされる場合にあっては、派遣先事業主は、派遣元事業主が証明する事項の記載内容が事実と相違ない旨裏面に記載してください。

上記により療養給付たる療養の給付を請求します。 [] [] [] [] 年 月 日

労働基準監督署長 殿

〒 - 電話() -

住所 () 方

氏名

支不支給決定決議書

署長	副署長	課長	係長	係	決定年月日	・	・
調査年月日	・	・	・	・			
復命書番号	第 号	第 号	第 号	第 号			

この欄は記入しないでください。

(イ) 災害時の通勤の種別 (該当する記号を記入)	イ、住居から就業の場所への移動 ハ、就業の場所から他の就業の場所への移動 ニ、イに先行する住居間の移動	ロ、就業の場所から住居への移動 ホ、ロに接続する住居間の移動
(ロ) 負傷又は発病の年月日及び時刻	年 月 日 午 前 後 時 分頃	
(ハ) 災害発生 の 場 所	就 業 の 場 所 (ニ) (災害時の通勤の種別がハに該当する場合は移動の起点たる就業の場所)	
(ホ) 就業開始の予定年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別がイ、ハ又はロに該当する場合は記載すること)	年 月 日 午 前 後 時 分頃	
(ヘ) 住居を離れた年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別がイ、ニ又はホに該当する場合は記載すること)	年 月 日 午 前 後 時 分頃	
(ト) 就業終了の年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別がロ、ハ又はホに該当する場合は記載すること)	年 月 日 午 前 後 時 分頃	
(チ) 就業の場所を離れた年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別がロ又はハに該当する場合は記載すること)	年 月 日 午 前 後 時 分頃	
(リ) 災害時の通勤の種別に関する移動の通常の経路、方法及び所要時間並びに災害発生の日に住居又は就業の場所から災害発生現場に至った経路、方法、所要時間その他の状況	[通常の通勤所要時間 時間 分]	
(ヌ) 災害の原因及び発生状況 (どのような場所を、 どのような方法で移動している際に、 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、 ⑧⑨との記載日が異なる場合はその理由を簡明に 記載すること)		
(ル) 現 露 者 の 住 所 氏 名	電話() —	
(ワ) 記 任 の 事 実 の 有 無 (災害時の通勤の種別がニ又はホに該当する場合)	有 ・ 無	(ヅ) 転任直前の住居に係る住所

②その他就業先の有無	
有	有の場合のその数 (ただし表面の事業場を含まない)
無	有の場合でいずれかの事業で特別加入している場合の特別加入状況(ただし表面の事業を含まない) 労働保険事務組合又は特別加入団体の名称
	社 名
	労働保険番号(特別加入)
	加入年月日
	年 月 日

[項目記入に当たっての注意事項]

- 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当該事項を○で囲んでください。(ただし、②欄並びに③及び④欄の元号については該当番号を記入枠に記入してください。)
- 傷病年金の受給権者が当該傷病にかかる療養の給付を請求する場合には、⑤労働保険番号欄に左詰で年金証書番号を記入してください。また、③及び④は記入しないでください。
- 您は、請求人が健康保険の日雇特別被保険者でない場合には記載する必要はありません。
- (ホ)は、災害時の通勤の種別がハの場合には、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、ロの場合には、後続するイ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してください。
- (ト)は、災害時の通勤の種別がハの場合には、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、ホの場合には、先行するロ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してください。
- (チ)は、災害時の通勤の種別がハの場合には、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してください。
- (リ)は、通常の通勤の経路を図示し、災害発生現場及び災害発生現場から災害発生現場に至った経路を朱線等を用いて分かりやすく記載するとともに、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。

[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、光学式文字認識装置(OCR)で直接読み取りを行いますので、以下の注意事項に従って、表面の右上に示す標準字体で記入してください。

- 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。
- 促音「よう音」などは大きく書き、濁点、半濁点は1文字として書いてください。

(例) キツテ → キヨ → バ →

- は斜の線を書き始めるとき、小さくカギを付けてください。

- はカギを付けずに、 の2本の縦線は上で閉じないで書いてください。

派遣先事業主 証明書	派遣元事業主が証明する事項(表面の欄並びに(ロ)、(ハ)、(ニ)、(ホ)、(ト)、(チ)、(リ)(通常の通勤の経路及び方法に限る。)及び(ワ))の記載内容について事実と相違ないことを証明します。		
	事業の名称	電話() —	
	年 月 日 事業場の所在地	〒 —	
	事業主の氏名	(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)	

社会保険 労務士 記載欄	作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示	氏 名	電 話 番 号
			() —

様式第16号の4 療養給付たる給付を受ける指定病院等（変更）届

様式第16号の4（表面）

労働者災害補償保険

療養給付たる療養の給付を受ける指定病院等（変更）届

労働基準監督署長 殿

年 月 日

	病 院	〒 _____
	診 療 所	
	葉 局	電話 (_____) _____
	訪問看護事業者	

住所 _____ 方

氏名 _____

下記により療養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。

① 労働保険番号					③ 氏名	(男・女)	④ 負傷又は発病年月日	
府県	所掌	管轄	基幹番号	枝番号			年 月 日	年 月 日
② 年金証書の番号					労働者 の 住 所	住 所	前 時 分	後 時 分
管轄局	種別	西暦年	番 号					
⑤ 災害の原因及び発生状況 <small>(あ)どのような場所を(い)どのような方法で移動している間に(う)どのような物で又はどのような状況において(え)どのようにして災害が発生したかを簡明に記載すること</small>								
③の者については、④に記載したとおりであることを証明します。								
年 月 日			事業の名称 _____			〒 _____ 電話 (_____) _____		
事業場の所在地 _____								
事業主の氏名 _____ (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)								
[注意] 事業主は、④について知り得なかった場合には、証明する必要がないこと。								
⑥ 指定病院等の変更	変更前の		名称 _____		〒 _____		[労災指定医番号] _____	
			所在地 _____					
	変更後の		名称 _____		〒 _____			
		所在地 _____						
変更理由 _____								

⑦ 傷病名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 _____								

様式第16号の4(裏面)

⑤その他就業先の有無		
有 無	有の場合のその数 (ただし表面の事業場を含まない)	有の場合でいずれかの事業で特別加入している場合の特別 加入状況(ただし表面の事業を含まない)
	社	労働保険事務組合又は特別加入団体の名称
	労働保険番号(特別加入)	加入年月日
		年 月 日

[注意]

- 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○で囲むこと。
- 2 傷病年金の受給権者が当該傷病に係る療養に関しこの届書を提出するときは
 - (1) ①、④及び⑤は記載する必要がないこと。
 - (2) 事業主の証明は受ける必要がないこと。
- 3 傷病年金の受給権者が当該傷病に係る療養に関しこの届書を提出する場合以外の場合で、その提出が離職後であるときには事業主の証明は受ける必要がないこと。

社会保険 労務士 記載欄	作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示	氏 名	電 話 番 号
			() —

一次健康診断を行った医師が異常の所見がないと診断した項目について、産業医等が異常の所見があると診断した場合、当該産業医等が新たに異常の所見があると診断した項目について、該当するものを○で囲んでください。		
イ	血圧	
ロ	血中脂質	
ハ	血糖値	
ニ	腹囲又はBMI (肥満度)	異常の所見があると診断した産業医等の氏名

[注意]

- 1 で表示された枠（以下「記入枠」という。）に記入する文字は、光学式文字読取装置（OCR）で直接読取りを行うので、汚したり、穴をあけたり、必要以上に強く折り曲げたり、のりづけしたりしないでください。
- 2 記載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○で囲み（⑨及び⑭から⑳までの事項並びに⑩、⑪、⑫及び⑰の元号については、該当番号を記入枠に記入すること。）、※印のついた記入欄には記入しないでください。
- 3 記入枠の部分は、必ず黒のボールペンを使用し、様式表面右上に記載された「標準字体」にならって、枠からはみ出さないように大きめのカタカナ及びアラビア数字で明瞭に記入してください。
- 4 「一次健康診断」とは、直近の定期健康診断等（労働安全衛生法第66条第1項の規定による健康診断又は当該健康診断に係る同条第5項ただし書の規定による健康診断のうち、直近のもの）をいいます。
- 5 ⑫は、実際に二次健康診断を受診した日（複数日に分けて受診した場合は最初に受診した日）を、また、⑰は、二次健康診断等給付を請求した日（二次健康診断等を医療機関に申し込んだ日）をそれぞれ記入してください。
- 6 ⑭から⑰までの事項を証明することができる一次健康診断の結果を添えてください。
- 7 「二次健康診断等実施機関の名称及び所在地」の欄については、実際に二次健康診断等を受診した医療機関の名称及び所在地を記載してください（胸部超音波検査（心エコー検査）又は頸部超音波検査（頸部エコー検査）を別の医療機関で行った場合、当該医療機関については記載する必要はありません。）。
- 8 「労働者の所属事業場の名称・所在地」の欄については、労働者が直接所属する事業場が一括適用の取扱いを受けている場合に、労働者が直接所属する支店、工事現場等を記載してください。
- 9 「産業医等」とは、労働安全衛生法第13条第1項に基づき当該労働者が所属する事業場に選任されている産業医や同法第13条の2第1項に規定する労働者の健康管理等を行うのに必要な医学に関する知識を有する医師をいいます。

社会保険 労務士 記載欄	作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示	氏名	電話番号
			() -

様式第10号又は様式第16号の7に添付する「障害の部位及び状態に関する診断書」

労働者災害補償保険
診 断 書

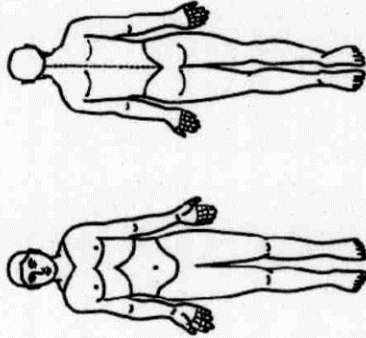
障害(補償)等給付請求用

氏 名			生年月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日	性別	男・女	
傷 病 名				負傷発病年月日	年 月 日			
障 害 の 部 位				初診年月日	年 月 日			
既 往 歴		既存障害		治ゆ年月日	年 月 日			
療養の内容及び経過								
障害の状態の詳細	(図で示すことができるものは図解すること。)							
関節運動範囲	部位	種類範囲						
		右						
		左						
		右						
		左						
		右						
上記のとおり診断します。		所在地		電話() -				
年 月 日		名 称						
		診断担当者 氏 名						

11 日常生活状況	① 乗り物や徒歩で病院に通ったり、自宅周囲や病院構内を散歩することができ る	可	否
	② 平地をゆっくりした速度でなら1km程度以上歩くことができる。	可	否
	③ 盆栽の手入れをしたり、草花を育てたりするごく軽い趣味程度の仕事を1時間程度以上続けることができる。	可	否
	④ 坐ってテレビを見たり、新聞を読んだり、字を書いたりすることを1時間程度以上続けることができる。	可	否
	⑤ 他人の手を借りずに又はは借りて、自宅や病棟内をゆっくり歩くことができる。	可	否
	⑥ 他人の手を借りずに又はは借りて、便所で排便することができる。	可	否
	⑦ 他人の手を借りずに又はは借りて、室内をゆっくり歩くことができる。	可	否
	⑧ 他人の手を借りずに着物を着たり脱いだりできる。	可	否
	⑨ 他人の手を借りずに寝たり、起きたり、顔を洗ったり、食事をしたりできる。	可	否
	備考 (1) 今後6ヶ月における上記状況の変化の有無(有の場合はその理由)		
12 今後における治療の要否及びその概要	要	(要の場合は、治療の概要を記載して下さい。)	
	否		
13 今後における入院の要否及びその事由	要	(要の場合は、その事由を記載して下さい。)	
	否		
14 その他の参考事項			
上記のとおり診断します。 年 月 日			
所在地 千 所 在 地 名 称 病院又は診療所の 診断医氏名 (電話)			
(別添の「診断書作成要領」に注意して記載して下さい。)			

年金通知様式第3号 診断書 (せき髄損傷用)

年金通知様式第3号

労働者災害補償保険 診断書 (せき髄損傷用)	
1 氏名等	(男・女) 明大昭平 年 月 日
3 傷病名	負傷年月日 年 月 日 初診年月日 年 月 日
5 麻痺の状況	有 (第 〇 号) せき髄以下完全・不全) 神経因性膀胱 有・無
6 及過及び去1年間の概略の療養の内容	せき髄、せき椎に対する治療 自 年 月 日 至 年 月 日
	四肢に対する治療 自 年 月 日 至 年 月 日
7 運動器系所見	尿道に対する治療 自 年 月 日 至 年 月 日 その他 年 月 日 至 年 月 日 (知覚麻痺、痙攣、自動性なし、拘縮、反射等を、下記人体図を利用して記載してください) 

8 泌尿器系所見	検査年月日 () 左 右 () 腎機能障害: 腎()、尿管()、膀胱() 結石: () 感染: () 瘻孔: ()、尿管()、膀胱()、尿道() BUN()、カテテル留置(有・無)
9 日常生活の状況	(1) 食事 <input type="checkbox"/> 1. 自助具を用いても不能 <input type="checkbox"/> 2. 自助具を用いれば可能 <input type="checkbox"/> 3. 介助不要 (理由) <input type="checkbox"/> (2) 上肢筋力 <input type="checkbox"/> 1. 体を支持し、又は物につかまっって上体を起こすことができる (理由) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. 重いすを介助なく運転することができる <input type="checkbox"/> 3. 不能(自力で立位が保てない) (理由) <input type="checkbox"/> (3) 歩行 <input type="checkbox"/> 1. 不能(自力で立位が保てない) (理由) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. 補装具、支持具を用いなければ歩行することができる <input type="checkbox"/> 3. 自力(一本杖を含む。)で歩行することができる (理由) <input type="checkbox"/> (4) 療養管理 <input type="checkbox"/> 1. 終日臥床 (理由) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. 行動範囲は自宅、病棟内のみ (理由) <input type="checkbox"/> 備考: 今後6か月以内における上記症 有 無 (理由) 病の变化の見込の有無
10 異所他所見	(同一災害による「せき髄損傷」以外の障害の概要)
11 否令と後のその治療の概要	(1) 入院 要・否 (概要) (2) 運動器系及び褥創に対する治療 要・否 (3) 泌尿器系に対する治療 要・否 (1) 本症と関係のない傷害に関する所見及び治療 (2) 既往症又は既存障害
12 その他参考事項	上記のとおり診断します。 年 月 日 所在地 下 病院又は診療所の名称 診療医氏名 (電話)

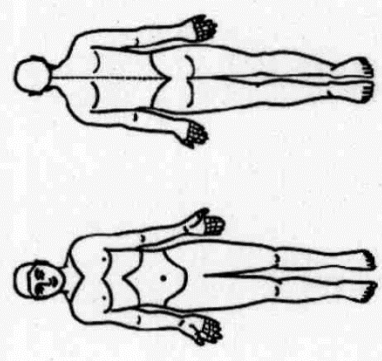
(裏面の「診断書作成要領」に注意して記載して下さい。)
(物品番号6364)

年金通知様式第4号

8	モックス機、心電図、脳波及び筋電図等の所見	検査年月日 ()
	モックス機又は聴能に障害がある場合にはその検査所見	
9	その他の主要な検査成績所見	検査年月日 ()
10	日常生活の状況 [該当する項目の項目にしを記入して下さい。]	(1) 行動能力 <input type="checkbox"/> ① 終日臥床 <input type="checkbox"/> ② 自宅、病棟内でのみ行動できる <input type="checkbox"/> ③ 通院(車独行)できる (2) 食事 <input type="checkbox"/> ① 全く自用を弁じない <input type="checkbox"/> ② 他人の介助によってできる <input type="checkbox"/> ③ 支障がない (3) 用便 <input type="checkbox"/> ① 全く自用を弁じない <input type="checkbox"/> ② 他人の介助によってできる <input type="checkbox"/> ③ 支障がない (4) 精神能力 <input type="checkbox"/> ① 常に他人の嚴重な注意を要する <input type="checkbox"/> ② 隨時他人の注意を要する <input type="checkbox"/> ③ 通院可能であるが要介できない <input type="checkbox"/> ④ 完全な失語あるいは構音機能の喪失 <input type="checkbox"/> ⑤ 他人との間によやうやう意思を通じあうことができる <input type="checkbox"/> ⑥ 支障がない (5) 言語能力 <input type="checkbox"/> ① 他人との間によやうやう意思を通じあうことができる <input type="checkbox"/> ② 支障がない <input type="checkbox"/> ③ 支障がない
11	今後の治療の要否とその他の事項	備考： 今後6ヶ月間における上記症状の变化の見込みの有無 (理由) 有 無 (概要) 入院 要 否 治療 要 否 (1) 3の傷病と関係ない傷病の状態と治療 (2) 既往症、既存障害
12	その他の事項	
13	今後6ヶ月間の療養等の見直し [要入院、通院(全部休業を要す、一部份を要す等)、治ゆ(症状固定を含む。)等の見直しについて具体的に記載して下さい。]	
上記のとおり診断します。		年 月 日
診療又は診療所の名称		所在地
診療医氏名		(電話)

(裏面の「診断書作成要領」に注意して記載して下さい。)

(物品番号6396)

労働者災害補償保険 診断書 (じん肺以外用)	
1 氏名等	2 生年月日 年 月 日 明大 昭平
3 傷病名	4 負傷年月日 年 月 日 初診年月日 年 月 日
5 過去1年間に おける療養の 内容及び経過 の 概	(治療を受けた期間) 自 年 月 日 至 年 月 日 (主たる治療及び経過)
6 主訴 (列挙して下さい)	(下記人体図を利用して、症状について、その部位、範囲、程度等を分かりやすく記載して下さい。) とくに精神神経症状の場合には、できるだけ具体的に記載して下さい。
7 他 所 的 見	

Ⅺ 福島労働局及び管内労働基準監督署一覧

令和4年4月1日現在

局 署 名	郵便番号	所 在 地	電 話 番 号 ファックス番号
福島労働局労働基準部 労災補償課	960—8021	福島市霞町1—46 (福島合同庁舎5階)	024—529—5376 024—529—5472
労働基準監督署 (管轄番号)	福 島 (01)	福島市霞町1—46 (福島合同庁舎1階)	024—536—4613 024—536—4614
	郡 山 (02)	郡山市桑野2—1—18	024—922—1378 024—922—1487
	いわき (03)	いわき市平字堂根町4—11 (いわき地方合同庁舎4階)	0246—23—2258 0246—25—1097
	会 津 (04)	会津若松市城前2—10	0242—88—3458 0242—26—6496
	須賀川 (05)	須賀川市旭町204—1	0248—75—3519 0248—75—3520
	白 河 (06)	白河市郭内1—136 (白河小峰城合同庁舎5階)	0248—24—1391 0248—24—1393
	喜多方 (07)	喜多方市諏訪91	0241—22—4211 0241—22—4212
	相 馬 (08)	相馬市中村字桜ヶ丘68	0244—36—4175 0244—36—4176
	富 岡 (09)	双葉郡富岡町中央2-104	0240—22—3003 0240—22—3027