

労災薬剤のあらまし

令和6年4月

北海道労働局

目 次

第 部 労災保険指定薬局の概要

1	労災医療について	1
2	労災保険指定薬局制度	2
	（様式）労災保険指定薬局指定申請書	5
	（様式）指定薬局・指名機関登録（変更）報告様式 22号	6
	同 様式 23号	7
	（様式）労災保険指定薬局指定休止・辞退届	8
	労災保険指定薬局療養担当契約事項	9

第 部 労災指定薬局の留意事項

1	留意事項	11
2	労災単価	13

第 部 労災保険薬剤費の請求事務

1	薬剤費の請求方法について	14
2	紙レセプトの場合の請求書提出先	14
3	薬剤費の審査	14
4	薬剤費の支払と通知	15
5	労災保険薬剤費請求書・薬剤費請求内訳書の記載要領	15
6	薬剤費誤請求の処理方法	17
	（様式）誤請求の申請について（任意様式）	19
	（様式）取下書（任意様式）	20

第 部 アフターケア制度

1	アフターケア制度	21
---	----------	----

付 録

1	請求書・レセプトの編纂順序	32
2	労働者災害補償保険薬剤費請求書及び内訳書 アフターケア委託費請求書及び内訳書用紙申込書	33
3	北海道労働局及び各労働基準監督署一覧	34

第 部

労災保険指定薬局の概要

1 労災医療について

労災保険制度の目的は、労働災害を被ったことにより失われた傷病労働者の労働能力の回復、填補を図り、これらの傷病労働者を早期に社会復帰させるとともに、さらに労働災害を未然に防止することにあります。

そこで、労災保険においては、労働者が業務災害又は通勤災害により負傷したり、疾病にかかって療養を必要とする場合には、療養補償給付(通勤災害に係る傷病については、「療養給付」として業務災害に係るものと区別していますが、給付の内容は変わりません。)により傷病労働者の傷病をできる限り早く治し、かつ、できる限り後遺症を残さないような治療方法を施し、傷病労働者の早期職場復帰を図る必要があります。このように療養補償給付によって行われる各種の医療行為を総称して「労災医療」と呼んでいます。

(1) 制度の目的

労災保険の薬剤の給付は、原則として労災保険指定薬局(以下「指定薬局」という。)における現物給付方式をとっています。これは、傷病労働者が薬剤の費用を全額負担して請求する負担を被らないように、薬局としても傷病労働者から直接費用を徴収する不便や煩雑をまねかないための制度です。

したがって、傷病労働者が業務上負傷したり、疾病にかかり指定薬局で薬剤の支給を受けたときは、薬剤費用を自己負担することなく、これらの薬局から北海道労働局長に請求できる方法を講じています。

(2) 療養の範囲

労災保険において給付される療養補償給付の薬剤支給の範囲については、労災保険法第13条に政府が必要と認めるものに限る旨定められています。

「政府が必要と認めるもの」の範囲については、一般的には、「療養上相当と認められるもの」とされています。具体的には、個々の傷病について身体機能の回復、填補を図るため必要な療養であるかどうかによって判断され、さらには、当該療養の効果が現在の医学上一般的に認められているもの、治療手段として確立しているものでなければなりません。したがって、医学上一般的に認められていない新薬や研究過程にあるものは、療養の範囲に含まれません。また、特定の薬がその治療効果が認められたとしても、当該治療方法の効果が医学上一般的に是認されていないもの、具体的には「薬効・薬価リスト」の適応・用法に基づかないものは療養補償給付の対象とはなりません。

労災医療における療養の範囲については、健康保険における取扱いに準拠しています。

(3) 給付方式

ア 療養の給付は、保険者である政府が、傷病労働者の請求に応じて直接療養の給付を実施する医療の現物給付方式により補償するものです。政府が直接傷病労働者に行う療養の給付は、指定薬局において行っており、傷病労働者は、自ら負担することなく政府が必要と認める範囲内で薬剤の支給を受けることになっています。

イ 療養の費用の支給は、傷病労働者が薬剤の支給に要した費用をいったん立替払いし、その費用相当額を労働基準監督署へ請求することにより補償するものです。

療養の費用が支給されるのは、労災保険法施行規則第11条の2により療養の給付を行うことが困難な場合のほか、療養の給付を受けないことについて、労働者に相当の理由がある場合とされています。

具体的な例をあげますと、突発的な災害により負傷し、緊急に薬剤支給を受けなければならないが、最寄りに指定薬局がなかった場合。誤って当初、健康保険を利用したた

め全額返納した上で本人が直接請求する場合等があげられます。

2 労災保険指定薬局制度

(1) 指定手続

労災保険法施行規則第11条第1項の規定に基づく指定薬局の指定を希望する薬局は、「労災保険指定薬局指定申請書」(5ページ)に下記資料を添えて、所轄労働局長に申請する必要があります。

この申請書を受理した所轄労働局長は、審査し、指定を決定したときは、「労災保険指定薬局指定通知書」(5ページ)を交付します。

なお、薬局の廃止、休止又は指定を辞退する時は「労災保険指定薬局指定休止・辞退届」(8ページ)により、所轄労働局長に届け出る必要があります。

指定申請に添付する資料

薬局開設許可証(写)

薬剤師免許証(写)

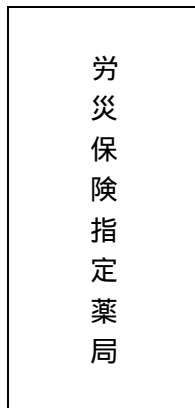
指定・指名機関登録(変更)報告書 様式22・23号(6・7ページ)

(指定の自動更新)

指定期間は指定の日から3年間で期間満了の日前6月より同日前3月までの間に、指定薬局から辞退の申出がない場合には、当該指定がその都度更新されることになっていきますので、改めて再指定の手続きをする必要はありません。

(標札の掲示)

指定を受けた薬局では、指定期間中、次に示す標札を見やすい場所に掲げておかなければなりません。



縦	10センチメートル
横	5.5センチメートル
地色	濃紺
文字	白

(2) 薬剤の給付及び費用の請求

指定薬局が行う薬剤の支給に関する費用の請求等については、「労災保険指定薬局療養担当契約事項」によって行うことになっています。

(3) 指定薬局としての留意・協力事項

「労災保険指定薬局事務取扱基準」「労災保険指定薬局療養担当契約事項」は、双方が遵守すべき事項を定めており、薬局がこの指定をうける場合の指定契約内容となります。

なお、労災保険においては、指定薬局が重大な法令違反を犯したり、医事に関する不正事件を起こしたために、労災保険の指定薬局として診療の担当を継続させることが不適当であると認められる場合には、指定の取消が行われることとなります。

(4) 指定申請事項を変更した時

ア 名称・住所・代表者・口座等が変更した場合
指定・指名機関登録（変更）報告書 様式 22・23 号（複写用紙）を提出して下さい。
報告書用紙の送付を下記係へ申し出て下さい。

イ 管理薬剤師が変更した場合
次項の様式を A 4 用紙にコピーした用紙を使用し、必要事項を記入し、薬剤師免許証（写）
を添えて送付して下さい。

（５）指定薬局に関する照会先

厚生労働省 北海道労働局労働基準部労災補償課分室

〒060-0807

札幌市北区北7条西1丁目2番6号 NCO札幌 12階

TEL 011-716-2080

年 月 日

北海道労働局長 殿

指定薬局番号 014
住 所 〒

電 話 番 号 - -
名 称

代表者職・氏名

労災保険指定薬局の管理薬剤師変更について

標記について、下記のとおり変更がありましたので、新たな薬剤師の薬剤免許証（写）を添えて報告致します。

記

変更前薬剤師名	
変更後薬剤師名	
変更年月日	年 月 日

労災保険指定薬局指定申請書

1. 薬 局	名 称	
	所 在 地	
2. 管理薬剤師	氏 名	
	薬剤師登録番号	

労災保険薬局として指定を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

なお、指定されたときは、「労災保険指定薬局療養担当契約事項」に基づいて療養の給付を担当します。

年 月 日

開設者の住所及び氏名

〔 法人の場合は、名称、代表者の職
氏名及び主たる事務所の所在地 〕

労 働 局 長 殿

労災保険指定薬局指定通知書

1. 薬局の名称	
2. 薬局の所在地	
3. 指定の期間	年 月 日から 年 月 日まで

上記の薬局を労災保険指定薬局として指定したから通知します。

年 月 日

労 働 局 長

指定申請者 殿

コピーでの使用不可

診機様式第22号

提出用 1/2

指定・指名機関登録(変更)報告書

帳票種別 34565	①局コード □□	②指定・指名番号:新規登録の場合は無記入 □□□□□□□□□□	③登記・変更の別 1...新規 3...変更 9...取消
---------------	-------------	------------------------------------	----------------------------------------

決	課長	係長	係
裁			

提出の際折り曲げる場合には中央で切り離し(▶)の所を谷に2つ折りにしてください。

名

④名称(カタカナ):法人の種類と名称の間は1字あけて記入してください。また、左詰めで右端の枠まで続けて記入してください。

⑤(フツキ)

⑥名称(漢字):法人の種類と名称の間は1字あけて記入してください。また、左詰めで右端の枠まで続けて記入してください。

⑦(フツキ)

⑧薬局の代表者、訪問看護事業者の代表者又は柔道整復師等の氏名(カタカナ):姓と名の間は1字あけて記入してください。

⑨薬局の代表者、訪問看護事業者の代表者又は柔道整復師等の氏名(漢字):姓と名の間は1字あけて記入してください。

郵便番号

⑩所在地(カタカナ):市郡区から記入してください。また、左詰めで右端の枠まで続けて記入してください。

⑪(フツキ)

⑫(フツキ)

⑬所在地(漢字):左詰めで右端の枠まで続けて記入してください。

⑭(フツキ)

指定・指名

⑮承認年月日
※ □□□□□□□□

⑯指定・指名期間末日
※ □□□□□□□□

⑰指定取消年月日
※ □□□□□□□□

口座関係

振込金融機関名

銀行
金庫
組合

振込店舗名

本社
支店
代理店
出張所

⑱預金種別
□□ 普通...1
□□ 当座...3

⑲預金の口座番号(左詰め)
□□□□□□□□□□

⑳金融機関コード
金融機関コード | 店舗コード
※ □□□□□□□□

㉑口座名義人(カタカナ):法人の種類と名称の間は1字あけて記入してください。また、左詰めで右端の枠まで続けて記入してください。

㉒(フツキ)

㉓(フツキ)

一括番号(労災指定指名機関)

府 県 種 別 一 連 番 号 CD
□□□□□□□□□□

※印の欄は記入しないでください。(職員が記入します。)
◎裏面の注意事項をよく読んで上で、記入してください。

(物品番号7253) 28.5

提出用 1/2

労災保険指定薬局 休止・辞退 届

薬局	名称	電話番号 - -
	所在地	郵便番号 -
指定番号		014

上記の薬局について、下記の理由により労働者災害補償保険法施行規則第11条第1項の規定による薬局としての指定を 休止・辞退 したく届出いたします。

休止・辞退年月日	令和 年 月 日
休止・辞退する理由	
休止予定期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

令和 年 月 日

郵便番号 -

住所

開設者の

氏名

(法人の場合は、名称、代表者の職氏名及び主たる事務所の所在地)

北海道労働局長 殿

(参考) 労災保険指定薬局療養担当契約事項

(療養の給付等の担当)

- 1 労災保険指定薬局(以下「指定薬局」という。)は、労働者災害補償保険法第13条第2項第2号、第21条第1号及び第29条第1項第1号に基づく療養(補償)給付、及び社会復帰促進等事業に係わるアフターケアのうち、薬剤の支給を行うこと。

(療養の給付請求書等の処理)

- 2 指定薬局は、傷病労働者から療養の給付を受けることを求められたときは、その者の提出する「療養(補償)給付たる療養の給付請求書」(告示様式第5号)又は「療養給付たる療養の給付請求書」(告示様式第16号の3)(以下「療養の給付請求書」という。)によって療養の給付を受ける資格があることを確かめること。

ただし、緊急やむを得ない事由によって療養の給付請求書を提出することができない者については、この限りでないこと。この場合においては、その事由がやんだ後、遅滞なく提出させること。

傷病労働者が、傷病補償年金又は傷病年金受給者である場合には、年金証書の確認についても同様の取扱いとすること。

傷病労働者から提出された療養の給付請求書は、その者の所属する事業場の所在地を管轄する労働基準監督署長、傷病補償年金又は傷病年金受給者である場合には、その者の年金証書に記載されている給付決定を行った労働基準監督署長(以下「所轄監督署長」という。)に対し、指定薬局の所在地を管轄する都道府県労働局長(以下「所轄労働局長」という。)を経由し、提出すること。

また、「労働者災害補償保険薬剤費請求書」及び「薬剤費請求内訳書」(指薬機様式1号、2号)(以下「薬剤費請求書等」という。)については、所轄労働局長に提出すること。

(療養給付等の担当方針)

- 3 指定薬局は、傷病労働者の診療を担当し医師が交付した処方箋に基づいて調剤をすること。

(所轄監督署長への通知)

- 4 指定薬局は、傷病労働者が詐欺その他不正行為により薬剤の支給を受け又は受けようとしたときは、遅滞なくその旨を所轄監督署長に通知すること。

(薬剤費の算定)

- 5 指定薬局が行う薬剤の支給に関する費用の額は、健康保険法の規定による療養に要する費用の額の算定方法(平成20年3月15日付厚生労働省告示第59号)の別表第3調剤報酬算定表により算定した額とすること。

(薬剤費の請求)

- 6 指定薬局は、薬剤の支給に関する費用について、薬剤費請求書等により、毎月分につきその翌月10日までに所轄労働局長に請求すること。

ただし、次に掲げる各号の一に該当する場合には政府はそれに要した費用の全部又は一部を支払わないこと。

- (1) 業務災害又は通勤災害以外の負傷又は疾病に対して薬剤の支給を行った場合
- (2) 関係法令又は本契約事項に違反して薬剤の支給を行った場合

(アフターケアに係る薬剤費の請求等)

7 アフターケアに係る薬剤費の支給に関する費用の請求及びその様式については、それぞれ別に通達で定めるところによること。

(処方箋の保存)

8 指定薬局は、傷病労働者に対する療養の給付に関する処方箋に、療養の給付請求書に記載されている労働保険番号又は年金証書番号及び事業場の名称を記載し、その完結の日から3年間保存すること。

(指定期間)

9 指定期間は、指定の日から原則として3年とする。ただし、指定期間満了の日前6ヵ月より同日前3ヵ月までの間に指定薬局から別段の申し出がないときは、その指定はその都度更新されるものとする。

(標札の掲示)

10 指定薬局は、労働者災害補償保険法施行規則に定める様式第3号による標札を見やすい場所に掲げること。

(指定の取消)

11 指定薬局が、次の各号の一に該当する場合には、所轄労働局長はその指定を取り消すことができる。

(1) 薬剤の支給に要した費用の請求について、不正行為があったとき

(2) 関係法令又は本契約事項に違反したとき

(3) その他指定薬局として存続させることが不相当と認められる行為のあったとき

(変更の届出)

12 指定薬局の開設者は、次の各号の一に掲げる事由が生じたときは、速やかにその旨及びその年月日を所轄労働局長に届け出ること。

(1) 薬局を廃止、休止若しくは薬局を再開したとき

(2) 管理薬剤師に異動があったとき

(3) 開設者の氏名又は住所を変更したとき

(4) 薬局の名称を変更したとき

(5) 支払を受ける金融機関又は口座を変更したとき

(施行期日)

13 本契約事項は、平成23年10月1日から実施する。

第 部

労災指定薬局の留意事項

1 留意事項

(1) 書類の受理による受給資格の確認

健康保険の患者が投薬を求めた時は、「被保険者証」等の提示を求めますが、これと同様に労災であることを確認する必要があります。このような確認の為に患者に提出を求める書類が下記となります。

業務災害か通勤災害かによって、様式が異なります。

各書類について、各項目が記入されているか確認してください。特に、「労働者氏名」、「労働保険番号」、「生年月日」、「負傷又は発病年月日」が確認できせんと、処方した診療費との照合が出来なく、審査することができません。記載されていなかったら、必ず記入してもらって下さい。

ア 労働（通勤）災害で負傷（発症）した労働者（患者）に、初めて院外処方を行う場合

(ア) 業務上災害

療養補償給付たる療養の給付請求書（様式第 5 号）

（以下「様式第 5 号」といいます。）

(イ) 通勤災害

療養給付たる療養の給付請求書（様式第 16 号の 3）

（以下「様式第 16 号の 3」といいます。）

「様式第 5 号」と「様式第 16 号の 3」はいずれも「療養の給付請求書」といいます。

イ 別の薬局で院外処方を受けていた労働者（患者）が、薬局を変えた場合

(ア) 業務上災害

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）（以下「様式第 6 号」といいます。）

(イ) 通勤災害

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）（以下「様式第 16 号の 4」といいます。）

「様式第 6 号」ないし「様式第 16 号の 4」を受けるところ、誤って「様式第 5 号」または「様式第 16 号の 3」の提出を受けた場合は、その用紙の右上余白に、赤字で「変更届扱」と記入して置き換えて受理して構いません。

ウ 療養中の労働者が傷病補償年金を受給することになった場合

傷病労働者が、療養中に『傷病（補償）年金』受給者へ移行する場合があります。

『傷病（補償）年金』への移行が判明したら、次の書類の提出を求めてください。

(ア) 業務上災害

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）

(イ) 通勤災害

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）

「年金証書の番号」欄に年金証書番号を記載してもらってください。

「労働保険番号」欄は記載確認する必要がありません。

傷病年金の薬剤請求は、別用紙となっています。

誤って当該用紙でなく「療養の給付請求書（5号又は16号の3）」を提出された場

合は、用紙右上余白に赤字で（変更）届扱と記入して置き換え受理して構いません。
この場合は、年金証書番号を 労働保険番号欄に左 9 桁に記入させて下さい。

エ 別の薬局で院外処方を受けていた傷病補償年金受給者が薬局を変更した場合
前記ウ「療養中の傷病労働者が傷病補償年金受給者となった場合」と同様に書類の提出を求めてください。

オ アフターケア対象者が院外薬局を初めて利用する場合
アフターケアの対象者には「健康管理手帳」を交付しておりますので、当該手帳の提示を受けて「健康管理手帳番号」を確認して下さい。

医療機関は、アフターケアによる処方の場合、当該処方箋に「アフターケア」の表示を記載することになっております（医療機関用「労災保険のあらまし」アフターケア欄に記載）。

アフターケアの薬剤請求は、別請求書用紙で別請求になっております。

（２）書類が提出されない場合

緊急を要する事情があって来局時に「療養の給付請求書」等を提出させることが出来なかった場合は、早期に提出を求める必要があります。また、患者に督促することが困難な場合には、その事業場の関係者に督促することも必要になります。

（３）「療養の費用の支給」となる下記用紙を提出された場合

様式第 7 号の 2 療養補償給付たる療養の費用請求書（薬剤費用）

様式第 16 号の 5（２） 療養給付たる療養の費用請求書（薬剤費用）

本請求書は、本人が薬局に全額費用負担し、自己負担した薬剤費を労働基準監督署長に請求するための用紙です。

主として、健康保険等を使用していた分を労災請求する場合や、労災指定を受けていない薬局で処方を受けた場合に使われます。

患者から提出を受けたら、処方した医薬品名などを記載し証明のうえ、お返してください。

なお、本用紙を使って薬局が労働局長あてに請求することはできません。

（４）交通事故等第三者の行為による災害の取扱い

交通事故等第三者の行為が原因となって生じた災害による傷病の場合は、民法上の不法行為にあたるので、被災労働者には労災保険に対する請求権と民法上の損害賠償請求権が発生します。

このような場合に、労災保険では次の取扱いをします（労災保険法第 12 条の 4）。

ア 保険給付の原因である事故が第三者の行為によって生じた場合に、先に労災保険から被災労働者に対して保険給付したときは、政府は、保険給付の価格の限度で、被災労働者が第三者に対して有する損害賠償の請求権を取得し、直接第三者に対して求償します。

イ これとは逆に、労災保険から保険給付する前に、被災労働者が同一の事由によって、先に第三者から損害賠償を受けた場合には、政府は、保険給付に際し、保険給付すべき額からその損害賠償を差し引いて支給します。

なお、自動車損害賠償責任保険が適用になる場合は、原則として労災保険より先に当該保険に給付請求していただきます。

したがって、第三者の行為による業務上又は通勤による災害である場合には、初め

ての来局時に

- ・ 損害賠償受領の有無
 - ・ 労災保険と第三者に対する損害賠償といずれを先に請求するか
の意思確認をして下さい。
- 不明な点がありましたら所轄労働基準監督署へご相談して下さい。

2 労災単価

指定薬局 10円（健康保険単価準拠）

第 部

労災保険薬剤費の請求事務

1 薬剤費の請求方法について

(1) 紙レセプトによる請求

(2) 電子レセプトによる請求(労災レセプト電算処理システム)

「労災レセプト電算処理システム」は、労災保険指定薬局等が電子レセプトをオンラインにより都道府県労働局に提出していただき、労働局において受付、審査及び請求支払業務を行い、労災保険指定薬局等が薬剤費を受け取る仕組みで、現在、健康保険のオンライン請求でお使いのレセプトコンピューター(送信用コンピューター)を労災レセプト対応に改修することで利用できます。

電子レセプトによる請求(労災レセプト電算処理システム)には次のようなメリットがありますので、是非その導入についてご検討いただくようお願いします。

- 査定結果・理由・支払額が分かります。
- 事前にデータの不備をチェックできます。
- 受付時間が延長されません。
- 個人情報の流出防止などセキュリティが向上します。
- 電子化による点数が算定できます。

電子レセプトによる請求については厚生労働省ホームページでご確認いただきますよう、お願いします。

厚生労働省 <http://www.mhlw.go.jp>

「政策について」 分野別の政策一覧 「雇用・労働」 「労働基準」 「労災補償」
「労災レセプト電算システム」 「目次3 電子レセプトの請求方法」)

2 紙レセプトの場合の請求書提出先

(1) 請求書の提出先と提出日

ア 北海道労働局労災補償課分室 へ提出します。

〒060-0807 札幌市北区北7条西1丁目2番6号 NCO札幌 12階

イ 提出期日

請求は原則として翌月10日までに提出してください。

10日が土曜日の場合12日、10日が日曜日の場合は11日になります。

提出期日に遅れますと、翌月受付分としての取扱いとなります。

3 薬剤費の審査

(1) 所轄労働基準監督署の審査

ア 初めての請求薬剤費

療養の給付請求書とレセプト記載内容を確認し、労働者性または業務上災害・通勤途上災害等であるかを審査し、請求書上で判断できない事案は、保留し実地調査を行うこととなります。

イ 2回目以降の請求薬剤費

追加傷病への薬剤は、本傷病と相当因果関係があるものか判断する為に、疑義のあるものは保留とし、所轄労働基準監督署が実地調査を行うことがあります。

(2) 労働局労災補償課の審査

請求レセプト全てについて、「労災保険法第13条の政府が必要と認めたもの」かどうか政府の立場で判断し、業務上外について疑義あるものは所轄労働基準監督署が調査し、労災と認められた傷病（私病のものではない）の薬剤であるか等を審査します。

(3) 労災診療費審査委員会の審査

医学的専門知識を必要とするものは労災診療費審査委員会へ依頼し、審査を行うこととなります。

労災診療費審査委員会は、選任された医師により、毎月適正なものかどうか健康保険の取扱い及び労災保険診療費算定基準、あるいは医学一般常識に照らして判断しております。

審査対象となった薬局の請求レセプトについては、審査終了後でなければ支払いができないことから支払いが遅れることとなりますのでご了承願います。

上記の審査判断のため診療担当医に対し医証照会を行うことがあります。

4 薬剤費の支払と通知

薬剤費は厚生労働省から日本銀行本店を經由して、薬局が指定した金融機関の口座へ振込まれ、「診療費支払振込通知書」が請求書ごとに郵送されます。

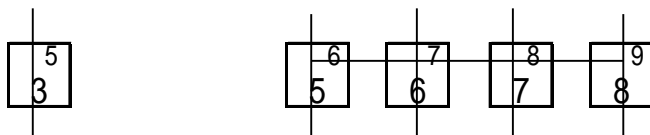
5 労災保険薬剤費請求書・薬剤費請求内訳書記載要領

(1) 一般的事項

ア OCR読取り部枠内の数字は「コンピュータ印書又は黒ボールペン等」で「標準字体」（請求書欄外上段を参照）で枠内に納まるように書いてください。

イ 書き損じた場合は、下記例にならい訂正してください。ただし、請求書の請求金額は訂正できませんので注意してください。

訂正例



(2) 労働者災害補償保険薬剤費請求書（指薬機様式第1号）記載上の留意事項

ア 請求する機会毎に1枚を使用する。

イ 「請求金額」欄
全レセプトの合計金額を記入してください。

請求金額欄の訂正はできません。（誤った場合は新たに作成して下さい。）

ウ 「内訳枚数」欄
添付されているレセプトの枚数を記入して下さい。（続紙は含まれません。）

エ 「請求年」及び「請求月」欄
添付したレセプトのうち最新の処方年月を記入してください。

例 処方月が2ヶ月以上のレセプトがある場合は、最新月を記入。

オ 「住所」「名称」欄
薬局の住所名称を記入し、開設者の住所名称は記入しないで下さい。

カ 「開設者氏名」欄
開設者（代表者）の職氏名を記入して下さい。
開設者の名称が薬局名称と異なる場合は、当該欄に記入して下さい。

キ 「電話番号」欄
薬局の電話番号（照会連絡先）を記入下さい。

（3）薬剤費請求内訳書（レセプト）（指薬機様式第2号）の留意事項等

ア レセプト一般注意事項

（ア）レセプト用紙は、1被災労働者、1災害、処方1ヶ月分毎に作成する。

（イ）レセプトの順番

「初回分」（「療養の給付請求書」等が添付のもの）を初めにし、次に「2回目以降分」の順。

業務災害分、通勤災害分、傷病（補償）年金分の順。

具体的には、

初回分 （業務災害、通勤災害、傷病（補償）年金）

2回目以降分 （業務災害、通勤災害、傷病（補償）年金）

の順となります。

移ってきた患者を受け入れた薬局は、初めに「指定病院等（変更）届」を受け取りますが、このレセプトは「2回目以降分」として扱います。

「傷病（補償）年金」の給付対象者となった場合も「指定病院等（変更）届」を受け取りますが、このレセプトも同様の扱いとなります

（ウ）レセプトが1枚で記入できなく続紙を必要とする場合

白紙に労働者名と処方月を記入し、以下処方内容のみ記入することとして下さい。

レセプト用紙を続紙として使用する場合は、 から までには記入しないで下さい。

右上余白に続紙と大きく記入してください。

（エ）レセプトに上部の から 及び労働者名、医療機関・担当医等の記載、下部の受付回数、請求点等の欄を記載したうえで、処方・調剤内容欄を「別紙のとおり」として別用紙にすることは可能ですが、労働者名と投薬月を記入して別紙が特定できるようにして下さい。

（オ）レセプト・続紙共に他の用紙を糊付けしたり、ホチキス止めすると管理システム上1枚ずつの読取りができなくなりますので注意して下さい。

（カ）記入は、ボールペン等黒の標準字体で記入し、かすれ等の文字は読取りできません。

（キ）用紙上部の「指定薬局の番号」、「薬局の名称」欄は、全ての用紙に記載洩れがないように記入して下さい。

イ レセプト記載要領

（ア）「投薬期間」欄

当該調剤月の初めての調剤日から最後の調剤日を記入して下さい。

調剤が1日の場合は、同日から同日と記入して下さい。

処方日ではありませんので注意して下さい。

（イ）「労働保険番号」欄

「療養の給付請求書」「指定病院等（変更）届」に記入された労働保険番号を記入して下さい。

（ウ）「生年月日」欄

「療養の給付請求書」「指定病院等（変更）届」に記載された生年月日を記入して下さい。

明治生まれ「1」大正「3」昭和「5」平成「7」を最初の枠に記入して下さい。

生年月日は必ず被災者等に確認（できれば免許証等で）し、誤りのないよう記入して下さい。

(エ)「傷病年月日」欄

a 負傷の場合

事故発生年月日を「療養の給付請求書」又は、「指定病院等（変更）届」と事業場担当者及び被災者本人に確認の上、誤りのないよう記入して下さい。

b 疾病の場合

疾病発症確認日が傷病年月日となります。

c 再発の場合

再発に起因する当初の傷病年月日となります。

d 同一部位再負傷の場合

骨折等の部位を他の原因なく治療中に再骨折した場合は最初の傷病年月日となります。また、就労治療中等に、再度同一部位を負傷した場合は、新たな負傷として別請求となります（「療養の給付請求書」が必要）。

上記（イ）（ウ）（エ）は、処方した医療機関と一致したものでなければなりません。

不明な場合は、処方した医療機関に必ず問い合わせし照合確認して下さい。

しばらく処方がなく来局された場合は、新たな災害による場合や、受給資格が変更した場合も考えられます。以前取扱った傷病の継続なのかの確認をお願いします。

6 薬剤費の誤請求の処理方法について

(1) 請求が洩れていた場合

ア 処理

追加請求して下さい。

イ 方法

(ア) 薬剤費請求書（指薬機様式第1号）の作成洩れ分のみで作成する。

の請求金額は、追加請求する差額金額を記入する。

右上余白に「追加請求分」と赤字で記入する。

(イ) 請求内訳書（指薬機様式第2号）の作成

請求すべきである正しい内訳書（レセプト）を作成する。

（合計金額を除く全項目） 洩れた分だけでなく全て（正しい）のもの。

合計金額は、追加請求する差額金額を記入する。

内訳書（レセプト）の右上余白に「追加請求分」と赤字で記入する。

(ウ) 前回請求済の内訳書（レセプト）の（写）1部を添付する。

(2) 請求内容を誤請求した場合

ア 処理

請求洩れの場合は、前述した追加請求で処理が可能ですが、それ以外の理由による誤請求の場合は、請求内容そのものを修正処理することが必要となります。

イ 訂正申請方法

ケースとして既に給付された場合と、給付されていない場合とに分かれますが、いずれ

にしても判明した時点で別紙「誤請求の申請について」の様式（任意様式）を参考にして作成し北海道労働局労災補償課分室あて送付して下さい。

（３）請求した事案そのものを誤請求した場合

ア 処理

請求行為自体が誤っていた場合は、請求行為自体を取下げることが必要となります。

イ 方法

別紙「取下書」の様式（任意様式）を参考して作成し北海道労働局労災補償課分室あて送付して下さい。

但し、本取下書が被災労働者作成の書面でなければならない事案もありますので、当該事案が発生した場合は、事前に北海道労働局労災補償課分室あて電話等で照会していただきますようお願い致します。

(任意様式)

誤請求の申請について

先に請求した労災保険薬剤費については、下記により誤って請求しており正しい薬剤費内訳書を別紙のとおり提出致しますので宜しくお取り計らい願います。

記

労働者名 _____ (T・S・H 年 月 日生)

投薬期間 _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日

(誤)請求金額 _____ 円

(正)請求金額 _____ 円

誤った理由

年 月 日

指定薬局番号 014・□□□□□・

所在地

薬局名

代表者職・氏名

北海道労働局長 殿

薬剤担当者 職(又は 係) 氏名	
---------------------	--

(任意様式)

取 下 書

先に請求した労災保険薬剤費について、下記により取下げますので宜しくお取り計らい願います。

記

労働者名 _____ (T・S・H 年 月 日生)

投薬期間 _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日

請求金額 _____ 円

取下理由 _____

年 月 日

指定薬局番号 014・□□□□□□・

所在地

薬局名

代表者職・氏名

北海道労働局長 殿

薬剤担当者 職(又は 係) 氏名	
---------------------	--

第 部

アフターケア制度

1 アフターケア制度

(1) 目的

業務災害又は通勤災害により、せき髄損傷、頭頸部外傷症候群、慢性肝炎、振動障害等の傷病に罹患した者にとっては、その症状が固定した後においても、後遺症状に動揺をきたす場合がみられること、後遺障害に付随する疾病を発症させる恐れがあることから、アフターケアとして必要に応じ、予防、その他の保健上の措置を講じ、当該労働者の労働能力を維持回復し円滑な社会復帰を促進するため、アフターケアを実施しています。

(2) 対象者

別掲「アフターケア制度一覧表」のとおり、対象傷病毎に定められています。

(3) 措置範囲

別掲「アフターケア制度一覧表」のとおり、対象傷病毎に定められています。

(4) アフターケア健康管理手帳の交付

アフターケアの対象者については、局に直接交付申請を行うことができることと改正されましたが、新規対象者については、事業場の所在地を管轄する労働基準監督署長に対し報告を求め、所轄労働局長が対象者に、「アフターケア手帳」を交付することとなります。

「アフターケア手帳」の交付を受けた対象者は、アフターケア実施医療機関・薬局へ「アフターケア手帳」を提示して受診することとなります。

(5) 請求書提出上の注意

ア 費用の請求

アフターケアによる投薬をした薬局は、北海道労働局長へ、「アフターケア委託費請求書（薬局用）」（実施要領様式第6号）に「アフターケア委託費請求内訳書（薬局用）」（実施要領様式第6号の2）を添付して請求することとなります。

「アフターケア委託費請求内訳書」は、1投薬日毎に1枚作成して下さい。

アフターケア請求は、一般の薬剤請求とは別の請求書になっております。

イ 費用の算定方法

アフターケアの薬剤については、対象傷病ごとに定められております。

詳細は(6)アフターケア制度一覧表のとおりです。

健保の規定による療養に要する費用の額の算定方法（別表第3調剤報酬点数表）により算定した額とします。

ウ 有効期限

アフターケア手帳は傷病により有効期限が定められていますので、来局の都度手帳に記載された有効期限を確認し、有効期限内のアフターケア手帳番号を用いて請求して下さい。

更新後は、アフターケア手帳の枝番号が変わります。

各手帳の有効期間（新規・更新）は一覧表（23ページ）を参照してください。

頭頸部外傷症候群等にかかるアフターケアは、更新できませんので、特に留意願います。

有効期限が経過している場合で更新可能な傷病の場合には、更新の手続きを行うよう指導願います。

有効期限が経過している場合で更新手続きを行っていない場合には、更新手続きが

終了するまでの期間委託費の支払ができませんので留意願います。

エ 請求書提出期日

請求書は原則として翌月 10 日までに提出してください。

10 日が土曜日の場合は 12 日、10 日が日曜日の場合は 11 日になります。
提出期日に遅れますと、翌月受付分としての取扱いとなります。

オ アフターケアに関する照会先及び請求書の提出先

厚生労働省 北海道労働局労働基準部労災補償課分室

〒060-0807

札幌市北区北7条西1丁目2番6号 NCO札幌 12階

TEL(011)716-2080

対象アフターケア一覧表

番号	傷病名	有効期限		更新時の 診断書につい て
		新規	更新	
00	炭鉱災害による一酸化炭素中毒症	3年間	1年間	必要
01	せき髄損傷	3年間	5年間	不要
05	白内障等の眼疾患	2年間	1年間	必要
06	振動障害	2年間	1年間	必要
07	大腿骨頸部骨折及び股関節脱臼・脱臼骨折	3年間	1年間	必要
08	人工関節・人工骨頭置換	3年間	5年間	不要
09	慢性化膿性骨髄炎	3年間	1年間	必要
11	尿路系腫瘍	3年間	1年間	必要
14	外傷による末梢神経損傷	3年間	1年間	必要
15	熱傷	3年間	1年間	必要
16	サリン中毒	3年間	1年間	必要
17	精神障害	3年間	1年間	必要
19	呼吸機能障害	3年間	1年間	必要
20	消化器障害	3年間	1年間	必要
21	頭頸部外傷症候群等（頭頸部外傷症候群）	2年間	更新不可	
22	頭頸部外傷症候群等（頸肩腕症候群）	2年間	更新不可	
23	頭頸部外傷症候群等（腰痛）	2年間	更新不可	
24	尿路系障害（尿道狭さく及び尿路変向術後）	3年間	1年間	必要
25	尿路系障害（代用膀胱造設後）	3年間	1年間	必要
26	慢性肝炎（HBe抗原陽性及びC型肝炎ウイルス感染）	3年間	1年間	必要
27	慢性肝炎（HBe抗原陰性）	3年間	1年間	必要
28	虚血性心疾患等（虚血性心疾患）	3年間	1年間	必要
29	虚血性心疾患等（ペースメーカー及び除細動器）	3年間	5年間	不要
30	脳の器質性障害（一酸化炭素中毒（炭鉱災害を除く））	3年間	1年間	必要
31	脳の器質性障害（外傷による脳の器質的損傷）	3年間	1年間	必要
32	脳の器質性障害（減圧症）	2年間	1年間	必要
33	脳の器質性障害（脳血管疾患）	3年間	1年間	必要
34	脳の器質性障害（有機溶剤中毒等）	3年間	1年間	必要
35	循環器障害（弁損傷及び心膜病変）	3年間	1年間	必要
36	循環器障害（人工弁置換後）	3年間	5年間	不要
37	循環器障害（人工血管置換後）	3年間	5年間	不要

(6) アフターケア制度一覧表 (アフターケア制度一覧表)

	炭鉱災害による一酸化中毒症に係る アフターケア	せき髄損傷に係るアフターケア	頭頸部外傷症候群等に係る アフターケア
対象者	炭鉱災害による一酸化中毒症に罹患して、労災保険法による療養補償給付を受けていた者で、症状が固定した者	業務災害又は、通勤災害による脊髄損傷者で、原則として労災保険法による障害等級 3 級以上の者（障害等級 4 級以下でも医学的に特に必要と認められる者）	業務・通勤災害により次の - の傷病に罹患した者で、障害等級 9 級以上の者（障害等級 10 級以下でも必要な者） 頭頸部外傷症候群 頸肩腕障害 腰痛
診察	1 ヶ月に 1 回程度	1 ヶ月に 1 回程度	1 ヶ月に 1 回程度
保健指導	診察の都度	診察の都度	診察の都度
保健のための処置		褥瘡処置 尿路処置 医療機関での処置のほか、医師が必要と認めた場合には、自宅等で使用する次の材料を支給する 褥瘡処置.....滅菌ガーゼ、絆創膏 尿路処置.....カテーテル（収尿袋を含む）、カテーテル用消毒液等、滅菌ガーゼ	
療学			
注射			
検査	検査（健康診断） 1 年に 1 回 全身状態の検査 自覚症状の検査 精神・神経症状の検査 上記の検査の結果、医学的に必要な場合、さらに下記の検査を行う 尿中の蛋白、糖及びウロビリノーゲンの検査 赤血球沈降速度及び白血球数の検査 視野検査 脳波検査 心電図検査 胸部 線検査 C T、M R I 検査	診察の都度 尿検査（尿培養検査を含む） 1 年に 2 回程度 CRP 検査 1 年に 1 回程度 末梢血液一般・生化学的検査 膀胱機能検査（残尿測定検査を含む） 腎臓・膀胱及び尿道の 線検査 損傷せき椎及び麻痺域関節の 線検査.....特に必要な場合 CT、MRI.....特に必要な場合	年に 1 回程度次の検査を行う エックス線検査
保健のための薬剤	脳機能賦活薬 向精神薬 筋弛緩薬（鎮痙薬を含む） 鎮痛薬 血管拡張剤 抗パーキンソン薬 抗痙れん薬 内服昇圧薬	抗菌薬（抗生物質、外用薬含む） 尿路感染者、尿路感染のおそれのある者及び褥瘡のある者を対象とする。 褥瘡処置用・尿路処置用外用薬 排尿障害改善薬及び頻尿治療薬 筋弛緩薬（鎮痙薬を含む） 重症痙性麻痺髄腔内持続注入用ポンプに再充填する鎮痙薬を含む 自律神経薬 末梢神経障害治療薬 向精神薬 鎮痛・消炎剤（外用薬を含む） 整腸薬、下剤及び浣腸薬	神経系機能賦活薬 向精神薬 頭頸部外傷症候群に限る 筋弛緩薬 鎮痛・消炎薬（外用薬を含む） 循環改善薬（鎮痙薬、血管拡張薬及び昇圧薬を含む） 血液の循環の改善を必要とするものに対して必要に応じて支給

(アフターケア制度一覧表)

	尿路系障害に係る アフターケア	慢性肝炎に係るアフターケア	白内障等の眼疾患に係る アフターケア
対象者	業務災害又は通勤災害による尿道狭窄の障害を残す方又は尿路変向術を受けた方で、労災保険法による障害(補償)給付を受けた者	ウイルス肝炎に罹患し、労災保険法による療養(補償)給付を受け、慢性肝炎の症状が固定した者	業務災害又は通勤災害による白内障緑内障等の眼疾患に罹患した者で障害(補償)給付を受けた者(障害補償給付を受けていない者で医学的に必要な者)
診察	1~3カ月に1回程度	HBe抗原陽性、C型肝炎感染者。1カ月に1回程度 HBe陰性、6か月に1回程度	1カ月に1回程度
保健指導	診察の都度	診察の都度	診察の都度
保健のための処置	<p>診察の都度</p> <p>1. 尿道ブジー(誘導ブジーを含む)</p> <p>シャリエ式尿道ブジー第20番が辛うじて通り、時々拡張術を必要とするものの回数は、1~4ヶ月に1回</p> <p>シャリエ式尿道ブジー第16番程度又は第19番程度により拡張術を必要とするものの回数は、目標回数(通常は20番)に達するまでの3~6ヶ月は週1回程度、目標回数達した後は、1~4ヶ月に1回</p> <p>シャリエ式尿道ブジー第15番程度以下のブジーにより拡張術を必要とするものの回数は、上記と同様</p> <p>糸状ブジーが辛うじて通るものは、再発として取り扱われる。</p> <p>2. 尿路処置(導尿、膀胱洗浄及び留置カテーテル設置・交換を含む)</p> <p>必要に応じ、自宅等で使用するカテーテル(収尿袋を含む)、カテーテル用消毒液及び滅菌ガーゼ支給</p>		<p>睫毛抜去</p> <p>眼瞼内反による睫毛乱生のために必要な者に対して実施。</p>
理学療法			
注射			
検査	<p>尿検査(尿培養検査を含む)</p> <p>1~3ヶ月に1回程度</p> <p>末梢血液一般・生化学検査年2回程度</p> <p>CRP検査年2回程度</p> <p>エックス検査年1回程度</p> <p>腹部超音波検査年1回程度</p> <p>CT検査(代用膀胱造設者//年1回程度)</p>	<p>血液一般検査、腹部超音波検査6カ月に1回程度</p> <p>血液生化学検査</p> <p>(1) HBe抗原陽性、C型肝炎ウイルス感染者.....1カ月に1回程度</p> <p>(2) HBe抗原陰性.....6カ月に1回程度</p> <p>医学的に必要と認められる場合</p> <p>B型肝炎ウイルスマーカー</p> <p>HCV抗体</p> <p>HCV-RNA同定(定性)検査</p> <p>AFP(-フェトプロテイン)</p> <p>PIVKA-</p> <p>プロトロンビン時間検査</p> <p>CT検査</p>	<p>診察の都度、必要に応じて実施</p> <p>矯正視力検査</p> <p>屈折検査</p> <p>細隙燈顕微鏡検査</p> <p>前房隅角検査</p> <p>精密眼圧測定</p> <p>精密眼底検査</p> <p>量的視野検査</p>
保健のための薬剤	<p>尿道ブジー及び尿路処置実施の都度</p> <p>1週間分程度</p> <p>止血薬</p> <p>抗菌薬(抗生物質含む)</p> <p>自律神経薬</p> <p>鎮痛・消炎薬</p> <p>尿路処置外用薬</p> <p>排尿障害改善薬及び頻尿治療薬</p>		<p>外用剤</p> <p>眼圧降下剤</p>

(アフターケア制度一覧表)

	振動障害に係る アフターケア	大腿骨頸部骨折及び股関節脱臼・脱臼骨 折に係るアフターケア	人工関節・人工骨頭置換等に係る アフターケア
対象者	振動障害に罹患した者で労災保険法による障害（補償）給付を受けた者	大腿骨頸部骨折及び股関節脱臼・脱臼骨折をした者で労災保険法による障害（補償）給付を受けた者（障害補償給付を受けていない者で医学的に必要な者）	人工関節及び人工骨頭を置換した者で、労災保険法による障害（補償）給付を受けた者
診察	1カ月に2～4回程度（寒冷期は、必要な回数）	3～6カ月に1回程度	3～6カ月に1回程度
保健指導	診察の都度（月2回を限度）	診察の都度	診察の都度
保健のための処置			
療学療法	特に医師が必要と認める場合		
注射	特に医師が必要と認める場合、一時的な消炎・鎮痛のための注射を行うことができるものとする。		
検査	年1回程度 末梢血液一般・生化学検査 尿検査 末梢循環機能検査、 ア 常温下皮膚温・爪圧迫検査 イ 冷水負荷皮膚温・爪圧迫検査 末梢神経機能検査 ア 常温下痛覚・振動覚検査 イ 冷水負荷痛覚・振動覚検査 ウ 神経伝導速度検査（遅発性尺骨神経麻痺の場合に限る） 末梢運動機能検査（握力の検査） 手関節及び肘関節の線検査 （放射線による身体的影響を考慮して必要な場合に限り2年に1回程度）	3～6カ月に1回程度 末梢血液一般・生化学検査 線検査 特に必要な場合 シンチグラム、CT、MRI等検査	末梢血液一般・生化学検査 線検査 3～6カ月に1回程度 CRP検査 ……1年に2回程度 シンチグラム検査 （特に必要な場合）
保健のための薬剤	ニコチン酸薬 循環ホルモン薬 ビタミンB1、B2、B6、B12、E剤 Ca拮抗薬 交感神経 - 受容体抑制薬 鎮痛・消炎薬（外用薬を含む）	鎮痛・消炎薬（外用薬を含む）	鎮痛・消炎薬（外用薬を含む）

(アフターケア制度一覧表)

	慢性化膿性骨髄炎に係る アフターケア	虚血性心疾患等に係るアフターケア	尿路系腫瘍に係る アフターケア
対象者	骨折等により化膿性骨髄炎を併発し、引き続き慢性化膿性骨髄炎に移行した者で、労災保険法による障害補償給付を受けた者	・虚血性心疾患に罹患し、障害等級 9 級以上の者（必要に応じて 10 級以下の者） ・ペースメーカ等を植え込んだ方	尿路系腫瘍に罹患した者で、労災保険法による療養（補償）給付を受け尿路系腫瘍の症状が固定した者
診察	1～3カ月に1回程度	虚血性心疾患 1カ月に1回程度 ペースメーカ等を植え込んだ方 1～3カ月に1回程度	1カ月に1回程度
保健指導	診察の都度	診察の都度	診察の都度
保健のための処置		ペースメーカ等の定期チェック 6か月～1年に1回程度	
理学療法			
注射			
検査	末梢血液一般・生化学検査1～3カ月に1回程度 細菌検査..... 診察の都度必要に応じて CRP 検査1年に2回程度 線検査...3～6カ月に1回程度 シンチグラム検査、CT、MRI 等特に必要な場合	1. 虚血性心疾患 月に1回程度 末梢血液一般・生化学検査 尿検査 心電図検査（安静時及び負荷検査） 胸部エックス線検査 医学的に必要と認められる場合 ホルター心電図検査 心臓超音波検査 心臓核医学検査 2. ペースメーカ等を植え込んだ方 1～6カ月に1回程度 末梢血液一般・生化学検査 尿検査 心電図検査（安静時及び負荷検査） 6カ月に1回程度 胸部エックス線検査 年1回程度 ホルター心電図検査 医学的に必要と認められる場合 心臓超音波検査 心臓核医学検査	尿検査.....1カ月に1回程度 尿細胞診...1カ月に1回程度 内視鏡検査 超音波検査 腎盂造影検査 CT ～ については、3～6カ月に1回程度、必要に応じて行う
保健のための薬剤	抗菌薬（抗生物質・外用薬を含む） 鎮痛・消炎剤（外用薬を含む）	抗狭心症薬 抗不整脈薬 心機能改善薬 循環改善薬（利尿剤を含む） 向精神薬	再発予防のための抗ガン剤（特に必要な場合のみ、投与期間は治癒後1年以内とする） 抗菌薬（抗生物質含む）

(アフターケア制度一覧表)

	脳の器質性障害に係るアフターケア	外傷による末梢神経損傷に係るアフターケア
対象者	次の～に掲げる傷病に由来する脳の器質性障害が残った者で、障害等級9級以上の者（必要に応じて10級以下の者） 外傷による脳の器質的損傷（一酸化炭素中毒（炭鉱災害を除く） 減圧症 脳血管疾患 有機溶剤中毒（一酸化炭素中毒（炭鉱災害によるものを含む）を除く）	外傷により末梢神経損傷に起因し、症状固定後も複合性局疼痛症候群（CRPS）、反射性交換神経性ジストロフィー（RSD）またはカウザルギー）もしくは末梢神経障害性疼痛等による激しい疼痛が残存する方で、障害等級12級以上の給付を受けた者
診察	1カ月に1回程度	1カ月に1～2回程度
保健指導	診察の都度	診察の都度（月2回を限度）
保健のための処置	ア、精神療法及びカウンセリング アフターケアとして実施する精神療法及びカウンセリングは、治療ではなく、生活指導を重点に置いたものとする。 イ、四肢麻痺等が出現しているものの、褥創処置及び尿路処置について医師が必要と認めた場合は、必要な材料の支給を行う。 褥創処置 自宅等で交換するための滅菌ガーゼ及び絆創膏の支給 尿路処置（導尿、膀胱洗浄、留置カテーテル設置・交換を含む） 自宅等で使用するためのカテーテル（収尿袋を含む）、カテーテル用消毒液（洗浄剤及び潤滑剤を含む）及び滅菌ガーゼを支給する。	
理学療法		
注射		特に疼痛が激しく医師がやむを得ないと判断した場合に限り、1カ月に2回を限度として神経ブロックを行うこととする
検査	1年に1回程度 末梢血液一般・生化学検査 尿検査 脳波検査 心理検査 視機能検査（眼底検査を含む） （眼に関する病訴は、対象傷病による調節障害もあるが、業務上又は通勤による疾病以外の疾病等によるものも少なくないため、鑑別上必要な場合に実施） 前庭平衡機能検査 （めまい感又は身体平衡障害の病訴のある者に必要に応じて実施） 頭部 線検査 CT、MRI（特に必要な場合） 以上のほか、四肢麻痺等が出現した者は、褥創処置及び尿路処置が必要となることから、必要に応じて次の検査を行うものとする 尿検査（尿培養検査含む）……診察の都度必要に応じて CRP検査……1年に2回程度 膀胱機能検査（残尿測定検査含む） 残尿測定検査は超音波によるものを含む 腎臓、膀胱及び尿道のエックス線検査 ……1年に1回程度 麻痺域関節線のエックス線、CT、MRI等検査 医学的に特に必要と認められる場合1年に1回程度	末梢血液一般・生化学検査 ……月1回程度 尿検査 ……月1回程度 線検査……年2回を限度として 必要な場合 骨シンチグラム検査 ……年2回を限度として 必要な場合

	脳の器質性障害に係るアフターケア	外傷による末梢神経損傷に係るアフターケア
保 健 の た め の 薬 剤	<p>神経系機能賦活薬 向精神薬 筋弛緩薬 自律神経薬 鎮痛・消炎薬（外用薬を含む） 抗パーキンソン薬 抗てんかん薬 外傷性てんかん及び外傷性てんかん発作のおそれのあるものに支給 脳循環改善薬（鎮暈薬、血管拡張薬及び昇圧薬含む） 血液の循環の改善を必要とするものに対し必要に応じ支給する。</p> <p>以上のほか、四肢麻痺等が出現した者は、褥創処置及び尿路処置が必要となることから、次の薬の支給を行うものとする 抗菌薬（抗生物質、外用薬含む） 褥創処置用・尿路処置用外用薬 排尿障害改善薬及び頻尿治療薬 筋弛緩薬（鎮痙薬を含む） 重症痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用埋込型ポンプに再充填する鎮痙薬を含む 末梢神経障害治療薬 整腸薬、下剤及び浣腸薬</p>	<p>鎮痛・消炎薬（外用薬を含む） 末梢神経障害治療薬 神経障害性疼痛治療薬 向精神薬（疼痛の治療等に効果が認められている薬剤（三環系抗うつ剤等）に限る）</p>

(アフターケア制度一覧表)

	熱傷に係るアフターケア	サリン中毒に係るアフターケア	精神障害に係るアフターケア
対象者	<ul style="list-style-type: none"> 熱傷により、障害等級 12 級以上の給付を受けた者 後遺障害の程度が「男性の外ぼう醜状を残すもの」障害等級 14 級に該当する者 	サリンに中毒し労災保険法による療養（補償）給付を受け症状が固定した者で次の～に掲げる者 縮腫、視覚障害等の眼に関連する障害 筋萎縮、筋力低下、感覚障害等の末梢神経障害及び筋障害 記憶力の低下、脳波の異常等の中枢神経障害 心的外傷ストレス障害	業務による心理的負荷を原因として精神障害を発病し労災保険法による療養補償給付を受け症状が固定した者で、次の～に掲げる者 気分の障害（抑うつ、不安等） 意欲の障害（低下等） 慢性化した幻覚性の障害又は慢性化した妄想性の障害 記憶の障害又は知的能力の障害
診察	1 月に 1 回程度	1 月に 1 回程度	1 月に 1 回程度
保健指導	診察の都度	診察の都度	診察の都度
保健のための処置		診察の都度 心的外傷後ストレス障害がある方は、必要に応じ精神療法及びカウンセリング等を行う 精神療法及びカウンセリングは、治療ではなく、生活指導に重点を置いたものとする。	診察の都度 精神療法・カウンセリングの実施 気分の障害又は慢性化した幻覚性の障害若しくは慢性化した妄想性の障害があるものに対し実施 精神療法及びカウンセリングは、治療ではなく、生活指導に重点を置いたものとする。
理学療法			
注射			
検査	1 年に 1 回程度 血液一般・生化学検査 尿検査	1 年に 2 回程度 末梢血液一般・生化学検査 尿検査 視機能検査（眼底検査を含む） 末梢神経機能検査（神経伝達速度検査） 心電図検査 筋電図検査 脳波検査 心理検査	1 年に 2 回程度 心理検査 脳波検査、CT、MRI 向精神薬を使用している場合 1 年に 2 回程度 血液一般・生化学的検査（向精神薬を使用している場合）
保健のための薬剤	鎮痛・消炎薬（外用薬を含む） 血行促進剤（外用薬を含む） 抗菌薬（外用薬を含む） 皮膚保湿剤 皮膚保護剤 抗アレルギー剤 末梢神経障害治療薬 神経障害性疼痛治療薬	点眼薬 神経系機能賦活薬 向精神薬 自律神経薬 鎮痛・消炎薬（外用薬を含む）	向精神薬 神経系機能賦活薬

(アフターケア制度一覧表)

	循環器障害に係るアフターケア	呼吸器障害に係るアフターケア	消化器障害に係るアフターケア
対象者	1. 心臓弁を損傷した方、心臓の病変の障害を残す方、又は人工弁に置換した方で障害(補償)給付を受けた者 2. 人工血管に置換し、症状が固定した者	呼吸機能障害を残す方で、障害(補償)給付を受けた者	消化吸収障害等を残す方又は消化器ストマを造設した方で障害(補償)給付を受けた者
診察	1~3カ月に1回程度	1カ月に1回程度	1カ月に1回程度
保健指導	診察の都度	診察の都度 喫煙者に対しては、喫煙の禁止を指導 私病であるニコチン依存症の治療はできない。	診察の都度
保健のための処置		診察の都度	ストマ処置 外瘻の処置 外瘻周辺の反応性びらん等の発症予防するため実施 自宅等で使用するための滅菌ガーゼ支給
療学			
注射			
検査	1~6ヵ月に1回程度 末梢血液一般・生化学検査 尿検査 3~6ヵ月に1回程度 心電図検査(安静時及び負荷検査) エックス線検査 心音図検査(人工弁に置換した方) 年1回程度 心臓超音波検査(人工弁又は人工血管に置換した方) CRP検査 脈波図検査(人工血管に置換した方) 医学的に必要と認められる場合 CT又はMRI検査	年に2回程度 末梢血液一般・生化学検査 CRP検査 喀痰細菌検査 スパイログラフィー検査 胸部エックス線検査 年に2~4回程度 血液ガス分析 年に1回程度 胸部CT検査	3ヵ月に1回程度 末梢血液一般・生化学検査 尿検査 医学的に必要と認められる場合 腹部超音波検査 消化器内視鏡検査(ERCPを含む) 腹部エックス線検査 腹部CT検査
保健のための薬剤	抗不整脈薬 心機能改善薬 循環改善薬(利尿薬を含む) 向精神薬 心臓弁又は人工弁に置換した者 血液凝固阻止薬 人工弁又は人工血管に置換した者	去痰薬 鎮咳薬 喘息治療薬 抗菌薬(抗生物質を含む) 呼吸器用吸入薬及び貼付薬 鎮痛・消炎薬(外用薬を含む)	整腸薬、止瀉薬 下剤、浣腸薬 抗貧血用薬 消化性潰瘍用薬 逆流性食道炎が認められる場合に支給 蛋白分解酵素阻害薬 消化酵素薬 抗菌薬(抗生物質・外用薬を含む) 鎮痛・消炎薬(外用薬を含む)

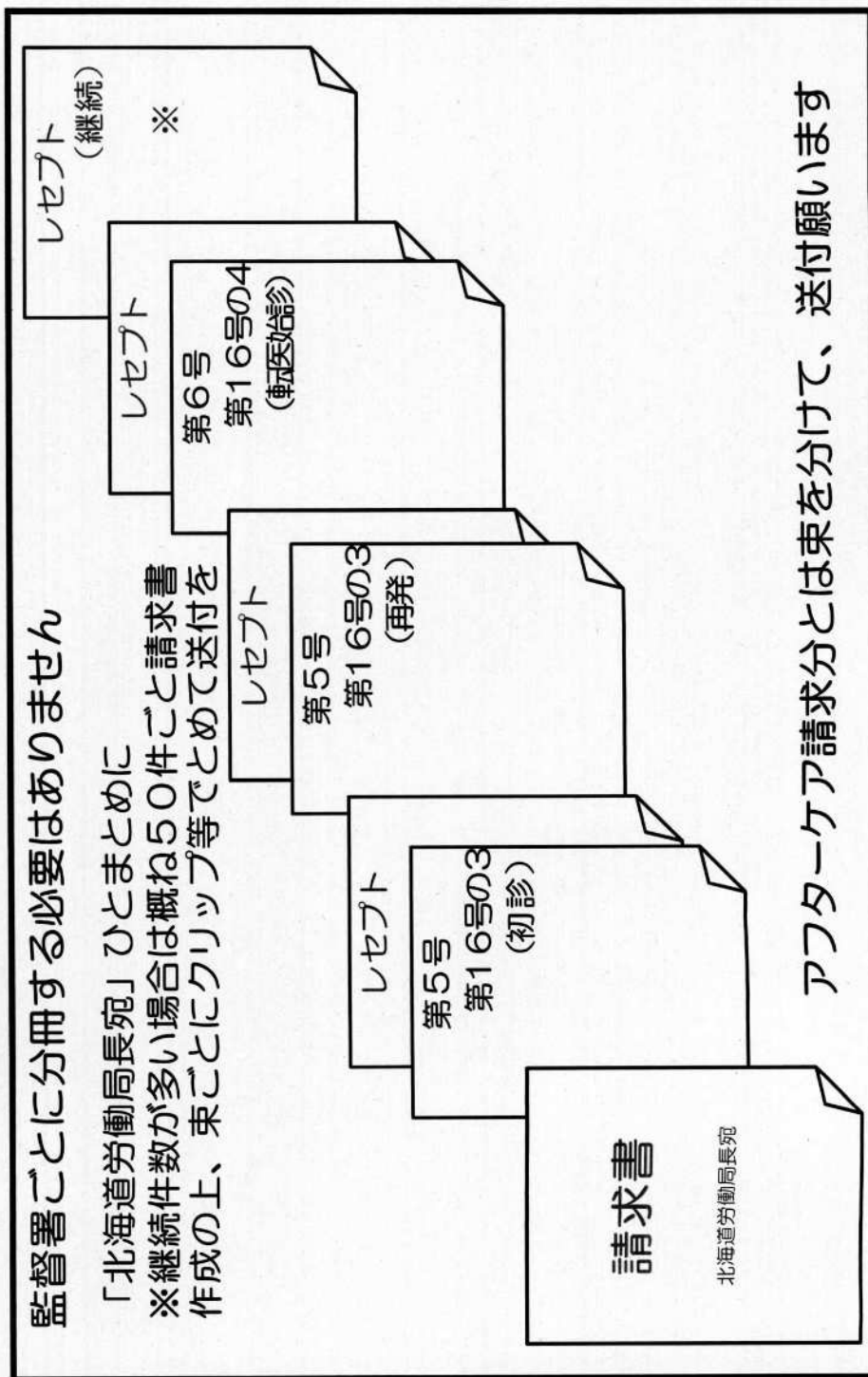
付 録

請求書・しせプトの編綴順序

監督署ごとに分冊する必要はありません

「北海道労働局長宛」ひとまとめに

※継続件数が多い場合は概ね50件ごと請求書作成の上、束ごとにクリップ等でとめて送付を



アフターケア請求分とは束を分けて、送付願います

指定薬局番号	
--------	--

調剤薬局用



労働者災害補償保険薬剤費請求書及び内訳書・アフターケア委託費請求書及び内訳書用紙申込書

指定調剤薬局の名称			
薬局の所在地等	〒	電話番号	
		担当者名	

種 類	帳票番号	物品番号	請求枚数
労働者災害補償保険薬剤費請求書	3 4 7 2 9	7 2 2 2 4	枚
薬剤費請求内訳書(一般)	3 4 7 3 0	7 2 2 2 5	枚
薬剤費請求内訳書(傷病年金受給者用)	3 4 7 3 1	7 2 2 2 6	枚
アフターケア委託費請求書(薬局用)	3 7 7 0 1	8 1 2 0 2	枚
アフターケア委託費請求内訳書(薬局用)	3 7 7 1 0	8 1 2 0 5	枚

- 1 本様式に種類毎の請求枚数を記入し、切手を貼付した返信用封筒(レターパックを含む)又は宅配便等の着払い伝票を同封の上、下記提出先に郵送してください。(用紙代は無料です。)
- 2 返信用封筒は、A4判用紙を折らずに収納できる定形外封筒をご用意願います。(連票様式のときは幅に余裕を持たせてください。)
- 3 貼付する切手は下記を参考にしてください。なお、規格外封筒の場合は予め郵便局にお問い合わせください。

普通郵便料(定形外規格内)	140円	210円	250円	レターパック 250g(40枚)超の場合、レターパック(ライト)または着払い宅配便等の利用を推奨します。
重量(厚さ3cm以内)	100gまで	150gまで	250gまで	
目安枚数(単票)	10枚	20枚	40枚	

- ※1 郵便料金は令和6年2月1日現在のものです。改定があったときは読み替えてください。
 ※2 用紙の種類、封筒の重さによっては枚数を加減する必要があることを、予めご了承ください。

申込書提出先

〒060-0807 札幌市北区北7条西1丁目2-6 NCO札幌12階
 北海道労働局労働基準部 労災補償課分室
 TEL 011-716-2080

R6.2.1改訂

本紙は、北海道労働局のホームページからダウンロード可能です。
 北海道労働局
<https://jsite.mhlw.go.jp/hokkaido-roudoukyoku/>
 -各種法令・制度・手続き>労災保険関係>医療機関等向け
 帳票レセプト用紙請求申込書(薬局用)(PDF)(EXCEL)

北海道労働局及び各労働基準監督署一覧

局・署名	所在地	郵便番号	電話番号
北海道労働局	札幌市北区北8条西2丁目1番1号 札幌第1合同庁舎9階	060 - 8566	011 - 709 - 2311 (Fax) 709 - 3540
北海道労働局 労災補償課分室	札幌市北区北7条西1丁目2番6号 NCO札幌12階	060 - 0807	011 - 716 - 2080 (Fax) 716 - 2088
札幌中央労働基準監督署	札幌市北区北8条西2丁目1番1号 札幌第1合同庁舎7階	060 - 8587	011 - 737 - 1193 (Fax) 737 - 1211
函館労働基準監督署	函館市新川町25番18号 函館地方合同庁舎1階	040 - 0032	0138 - 87 - 7607 (Fax) 23 - 9147
函館労働基準監督署 江差駐在事務所	桧山郡江差町字姥神町167 江差地方合同庁舎2階	043 - 0041	0139 - 52 - 1028 (Fax) 52 - 2561
小樽労働基準監督署	小樽市港町5番2号 小樽地方合同庁舎3階	047 - 0007	0134 - 33 - 7651 (Fax) 25 - 1735
小樽労働基準監督署 倶知安支署	虻田郡倶知安町南1条東3丁目1 倶知安地方合同庁舎4階	044 - 0011	0136 - 22 - 0206 (Fax) 22 - 2373
岩見沢労働基準監督署	岩見沢市5条東15丁目7番地7 岩見沢地方合同庁舎2階	068 - 0005	0126 - 28 - 2422 (Fax) 25 - 3794
旭川労働基準監督署	旭川市宮前1条3丁目3番15号 旭川合同庁舎西館6階	078 - 8505	0166 - 99 - 4706 (Fax) 35 - 6599
帯広労働基準監督署	帯広市西6条南7丁目3 帯広地方合同庁舎1階	080 - 0016	0155 - 97 - 1245 (Fax) 21 - 1924
滝川労働基準監督署	滝川市緑町2丁目5番30号	073 - 8502	0125 - 24 - 7361 (Fax) 24 - 3809
北見労働基準監督署	北見市青葉町6番8号 北見地方合同庁舎2階	090 - 8540	0157 - 88 - 3985 (Fax) 24 - 0853
室蘭労働基準監督署	室蘭市入江町1番地13号 室蘭地方合同庁舎4階	051 - 0023	0143 - 48 - 4452 (Fax) 22 - 5213
釧路労働基準監督署	釧路市柏木町2番12号	085 - 8510	0154 - 45 - 7837 (Fax) 41 - 3250
名寄労働基準監督署	名寄市西4条南9丁目16	096 - 0014	01654 - 2 - 3186 (Fax) 3 - 3150
留萌労働基準監督署	留萌市大町2丁目12番地 留萌地方合同庁舎1階	077 - 0048	0164 - 42 - 0463 (Fax) 43 - 6418
稚内労働基準監督署	稚内市末広5丁目6番1号 稚内地方合同庁舎3階	097 - 0001	0162 - 73 - 0777 (Fax) 33 - 1321
浦河労働基準監督署	浦河郡浦河町堺町西1丁目3番31号	057 - 0034	0146 - 22 - 2113 (Fax) 22 - 1354
苫小牧労働基準監督署	苫小牧市港町1丁目6番15号 苫小牧港湾合同庁舎2階	053 - 8540	0144 - 88 - 8901 (Fax) 33 - 0695
札幌東労働基準監督署	札幌市厚別区厚別中央2条1丁目2番5号	004 - 8518	011 - 894 - 2817 (Fax) 896 - 2810