労災保険薬剤費請求事務手引

令和８年１１月版

兵　庫　労　働　局

目　　次

目　　次

Ⅰ　労災保険薬剤費請求の基本的事項

1　労災保険制度における労災医療（薬剤費）について・・・・・・ 1
2　算定基準（単価）について・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1
3　労働保険番号（年金証書番号）と管轄について・・・・・・・・・ 2

Ⅱ　労災保険薬剤費の請求手続き

1　初回の労災保険請求時の確認等・・・・・・・・・・・・・・・・ 3
2　労災保険療養の給付（薬剤費）の流れ・・・・・・・・・・・・・ 4
3　労災保険における薬剤費取扱い上の留意点について・・・・・・・ 5
4　労災保険薬剤費請求書・内訳書等作成にあたっての留意事項・・ 7
5　薬剤費請求書・内訳書の編綴要領・・・・・・・・・・・・・・・ 9
6　請求書等の提出先及び提出期日・・・・・・・・・・・・・・・・10

Ⅲ　請求手続きに必要な諸様式

療養補償給付たる療養の給付請求書（様式第 5 号 : 業務災害用）・・ 11
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 : 業務災害用）・・ 12
療養給付たる療養の給付請求書（様式第 16 号の 3 : 通勤災害用）・ 13
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 : 通勤災害用）・ 15
労働者災害補償保険薬剤費請求書・・・・・・・・・・・・・・・・ 16
薬剤費請求内訳書・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 17
薬剤費請求内訳書（傷病年金受給者用）・・・・・・・・・・・・・・ 19
送付書（薬局）・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 21
各種諸用紙等の注文方法について・・・・・・・・・・・・・・・・・ 22
レセプト用紙等送付依頼書（薬局用）・・・・・・・・・・・・・・・ 23

Ⅳ　アフターケア制度について　・・・・・・・・・・・・・・・・・ 25

Ⅰ　労災保険薬剤費請求の基本的事項

Ⅰ　労災保険薬剤費請求の基本的事項

１　労災保険制度における労災医療（薬剤費）について

労災保険法（労働者災害補償保険法）は、労働基準法の災害補償規定（労働基準法第８章、第７５条～第８８条）を保険制度化し、事業主の災害補償責任における給付として、業務災害について、支給基準に基づき支払いが行われる制度です。

なお、通勤災害については、法改正により昭和４８年から創設されましたが、事業主の責任の及ぶ範囲ではありません。支給基準については業務災害に係る給付と同様です。

労災保険は、事業主から労働保険料として全額負担で納付頂いた保険料を原資に運用しており、労災保険のうち業務上災害は事業主の災害補償責任であることから雇用される労働者の個人負担はない制度となっています。したがって、医療費（薬剤費）においても、他の健康保険等自己負担のある保険制度とは異なり、被災労働者の傷病等の治療にあたって必要とされ、かつ、保険給付の範囲内であれば、指定薬局での窓口負担はありません。

労災保険の薬剤費の保険給付の範囲については、労働者災害補償保険法第１３条（療養の給付は政府が必要と認める範囲）であり、その判断は労災保険診療費審査委員会に諮り行っています。また、原則として業務災害又は通勤災害により被った傷病に対する診療行為や薬剤費が対象範囲であり、私傷病に対するものや保険請求上の適応要件を満たさないもの（薬価基準の保険対象病名外）及び過剰と判断されたものについては、支給対象の範囲とはなりせん。

２　算定基準（単価）について

労災診療費は、原則として、健康保険の算定基準に準拠しています。薬剤費の算定単価は１点単価１０円と定められています。

また、保険適応薬剤の範囲についても健康保険に準拠し、薬価・薬効基準の範囲と規定されています。

なお、療養の費用を支給する場合（非指定薬局において調剤した場合）の支給限度額の算定についても、健康保険に準拠した算定となります。

３　労働保険番号（年金証書番号）と管轄について

（１）労働保険番号のしくみ

労災保険の適用を受ける事業場は、事業場ごとに、労働保険番号が付与されており、その番号のしくみは次のとおりです。

（例）

労働保険番号													
府県		所掌	管轄		基幹番号						枝番号		
2	8	1	0	1	8	6	1	0	2	2	0	0	1

イ　府　　県　　当該労災保険適用事業場の労働保険料（労災保険料・雇用保険料）の徴収を所管する都道府県を表すコード番号（兵庫県の場合は「28」）

ロ　所　　掌　　上記のイで、所掌する官署によって次のコード番号で表示します。

1　監督署所掌　　・　　3　安定所所掌

ハ　管　　轄　　上記イの事業場の所在地を管轄する監督署又は職業安定所を表すコード番号で、所掌が１の場合は監督署、3 の場合は職業安定所です。

ニ　基幹番号　　事業場又は労働保険事務組合に付与されている固有番号です。

ホ　枝 番 号　　枝番号は、付与されている事業場と付与されていない事業場があります。次の基幹番号には必ず枝番号が付与されています。

800,000 番台（有期事業の建設事業等）

900,000 番台（労働保険事務組合委託事業）

※上記以外の番号においても、兵庫県においては港湾の運送事業（200,000 番台）に付与されています。

（２）　傷病（補償）年金証書の番号

療養の開始後１年６か月を経過しても治ゆせず、傷病等級に該当する障害を有する傷病労働者は傷病（補償）年金の受給者へ移行することとなりますが、療養は引続き継続されます。この場合、監督署長は当該傷病労働者について傷病（補償）年金の支給決定を行うとともに、年金証書を交付し、年金証書の番号を付与します。

（参考）

年金証書番号								
府県		種別	西暦年		一連番号			
2	8	1	2	1	☆	☆	☆	☆

※　兵庫局認定交付の傷病年金番号は、府県番号「２８」となります。

Ⅱ　労災保険薬剤費の請求手続き

Ⅱ 労災保険薬剤費の請求手続き

1　初回の労災保険請求時の確認等

被災労働者等から労災保険の取扱い（保険請求）を申し出されたときは、その被災労働者等が労災保険の適用を受ける事業場の労働者等であり、かつ、処方（調剤）対象薬剤が業務災害又は通勤災害によって生じた傷病に対するものであることを確認する必要があります。したがって労災保険請求を行うにあたっては、労働保険番号、被災労働者等の生年月日、傷病（負傷）年月日等のレセプト請求情報が記載された療養（補償）給付請求書、または指定病院等（変更）届の書類が必要となります。

・療養の給付請求書	業務災害・複数業務要因災害	様式第 5 号
	通勤災害	様式第 16 号の 3
・指定病院等（変更）届	業務災害・複数業務要因災害	様式第 6 号
	通勤災害	様式第 16 号の 4

処方元医療機関が労災保険指定医療機関でない場合、初回の来局（調剤）にあたっては、業務災害の場合は様式第５号、通勤災害の場合は様式第１６号の３の提出が必要となります。

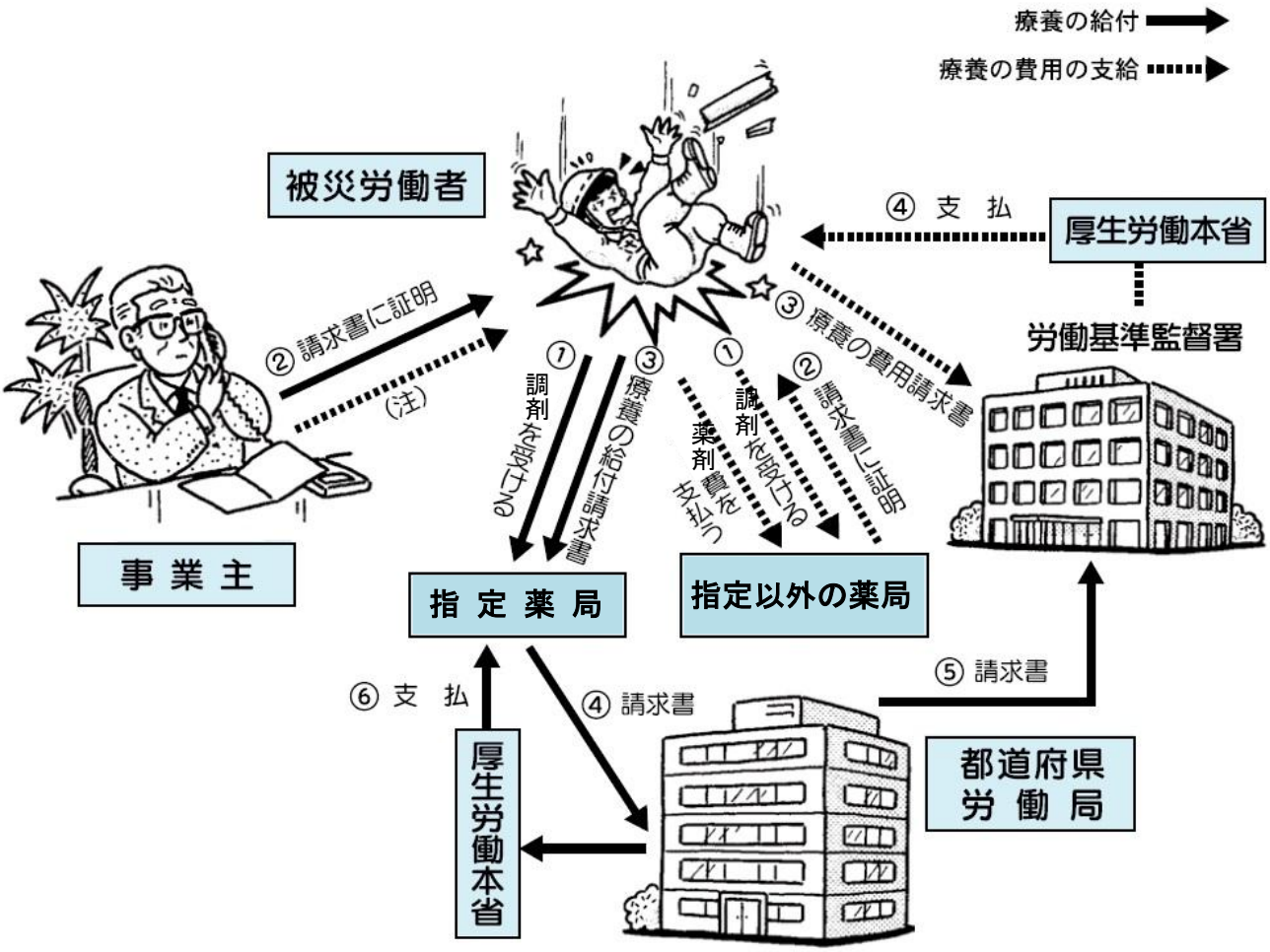
なお、労災保険指定薬局の変更をされた場合で、変更前の薬局が労災保険指定薬局である場合、業務災害の場合は様式第６号、通勤災害の場合は様式第１６号の４を変更後の労災保険指定薬局への提出が必要となります。

また、受傷直後で療養の給付請求書等の提出が遅れる場合がありますが、初回請求には上記請求書等の関係書類が必要です。できるだけ早い機会にその提出を求める必要があります。

しかし、たびたび督促を行っても提出されない場合がありますが、このような場合は①事業場の名称、所在地、②労働者の氏名及び負傷年月日を事業場の所在地を管轄する労働基準監督署へ通報して下さい。通報を受けた所轄監督署は、傷病労働者又は事業主に督促、指導を行う等によって措置することになります。この場合、後述の薬剤費の請求に際して、療養の給付請求書を同時に送付することができませんので、傷病労働者のレセプトの右下余白に「通報済」と朱書したうえで請求して下さい。

※　療養の給付請求書等の取り扱いについて、ご不明な点は医療係までお問い合わせください。

２　労災保険療養の給付（薬剤費）の流れ



（留意事項）

・労災保険指定薬局として薬剤費をレセプト請求される場合

レセプト請求をされる場合は、必ず「療養（補償）給付たる療養の給付請求書（様式第５号又は第１６号の３)、指定病院等変更届（様式第６号又は第１６号の４）が必要です。被災労働者等から必ず提出を得てください。

レセプト請求の場合、様式第５号、１６号の３、６号、１６号の４以外の取扱いは出来ませんので厳守して下さい。

・被災労働者等からの労働基準監督署への償還払いの手続きについて

自費精算後や他保険からの切り替えに伴う償還払い手続きにあたって、被災労働者等からの手続きには療養（補償）給付たる療養の費用請求書(薬)(様式第７号（２)、様式第１６号の５（２）)の薬局証明が必要ですので、被災労働者等から証明を求められた場合は、必要に応じて証明を行い、被災労働者等へ交付して下さい。

３　労災保険における薬剤費取扱い上の留意点について

業務災害又は通勤災害が原因で生じた傷病に対する療養の給付（診療費・薬剤費）の範囲は、当該対象傷病の受傷部位における傷病の治療に対するものとなります。

したがって、業務災害又は通勤災害に起因していない傷病に対する診療及び薬剤は給付の対象とはなりません。

この他には、対象部位や対象傷病に対する診療行為や薬剤の処方であっても、用法・用量が保険請求取扱い上の要件を満たしていない場合（過剰・保険不適応）についても、給付の対象とはなりません。

処方元医療機関（主治医）から発行された処方せんについて、次のような疑義がある場合は、必ず処方元医師に照会確認のうえ、その結果を請求の際に、レセプトに明記して下さい。

（１）　用法・用量の記載がないもの。

※　貼付薬について、貼付部位の記載がない。

（２）　処方限度調剤数、期間を超えている場合。

（３）　業務災害又は通勤災害により傷病の部位（状態）以外の処方が疑われた場合。

（４）　漫然と長期にわたり処方されているもの。

（５）　処方内容について、医薬品医療機器法による承認内容と異なる効能効果（適応病名）、用法での処方が疑われるもの。

（６）　適量投与が疑われるもの。

（７）　処方内容が変更された場合。

（特記事項）

薬剤服用歴管理指導料、麻薬管理指導加算、特定薬剤管理指導加算等の薬学管理料について、算定要件並びに記録等に不備がある場合は、算定出来ませんので注意して下さい。

（参考事項）

Ⅰ　・薬剤師法第２４条

薬剤師は、処方箋に疑義があった場合は、処方医に確認しなければならない。

・薬剤師法施行規則第１６条（調剤録の記入）

Ⅱ　・医師法第２２条（歯科医師法第２１条）抜粋

医師（歯科医師）は、患者に対し治療上薬剤を調剤して投与する必要があると認めた場合は、患者又は現にその看護に当たっている者に対して処方せんを交付しなければならない

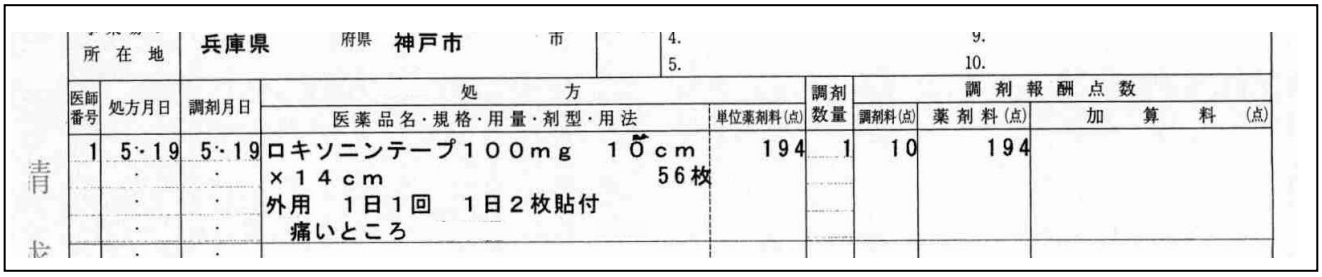
・医師法施行規則第２１条（歯科医師法施行規則第２０条）

医師（歯科医師）は、患者に交付する処方せんに、患者の氏名、年齢、薬名、分量、用法、用量、発行の年月日、使用期間及び病院若しくは診療所の名称及び所在地又は医師（歯科医師）の住所を記載し、記名押印又は署名しなければならない。

（処方元に確認が必要なレセプト記載例）

① 部位の記載がない事例（部位の確認を要するもの）

貼付薬について、対象部位として「痛いところ」と記載されているもの

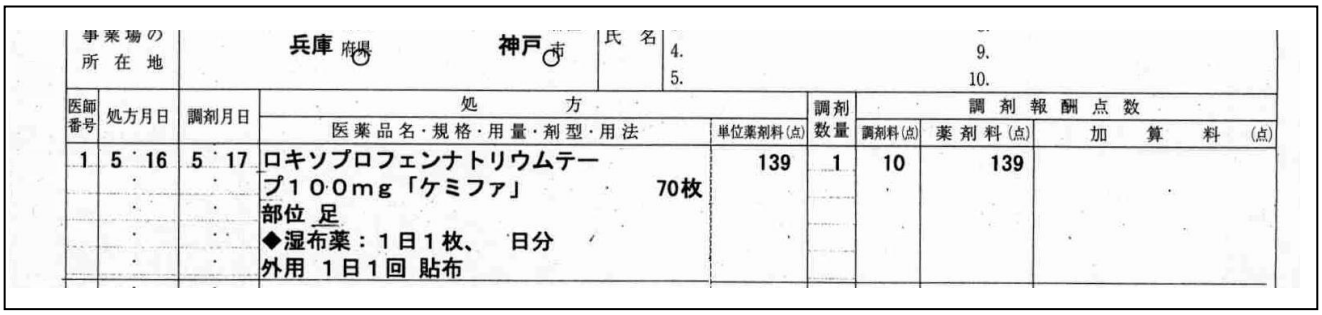


事業場の所在地	兵庫県 府県 神戸市 市	氏名	4. 5.	9. 10.

医師番号	処方月日	調剤月日	処方 医薬品名・規格・用量・剤型・用法	単位薬剤料(点)	調剤数量	調剤報酬点数 調剤料(点)	薬剤料(点)	加算料(点)
1	5・19	5・19	ロキソニンテープ１００ｍｇ １０ｃｍ×１４ｃｍ 56枚 外用 １日１回 １日２枚貼付 痛いところ	194	1	10	194	

② 用法・用量が一致しない事例

労災対象傷病の部位が１箇所で、貼付薬についで「<u>１日１回１枚貼付」</u> と記載されているが、７０枚が処方されている症例

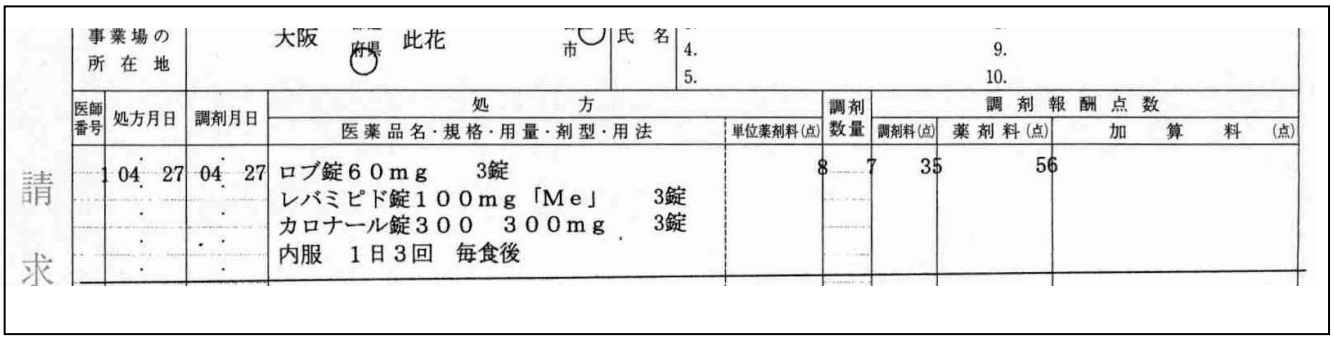


事業場の所在地	兵庫 府県 神戸 市	氏名	4. 5.	9. 10.

医師番号	処方月日	調剤月日	処方 医薬品名・規格・用量・剤型・用法	単位薬剤料(点)	調剤数量	調剤報酬点数 調剤料(点)	薬剤料(点)	加算料(点)
1	5・16	5・17	ロキソプロフェンナトリウムテープ１００ｍｇ「ケミファ」 70枚 部位 足 ◆湿布薬：１日１枚、 日分 外用 １日１回 貼布	139	1	10	139	

③ 類似薬効薬剤が処方されている事例（併処方の必要性の確認を要するもの）

ロブ（ロキソニン）とカロナールが併用されている事例



事業場の所在地	大阪 府県 此花 市	氏名	4. 5.	9. 10.

医師番号	処方月日	調剤月日	処方 医薬品名・規格・用量・剤型・用法	単位薬剤料(点)	調剤数量	調剤報酬点数 調剤料(点)	薬剤料(点)	加算料(点)
	1 04 27	04 27	ロブ錠６０ｍｇ 3錠 レバミピド錠１００ｍｇ「Ｍｅ」 3錠 カロナール錠３００ ３００ｍｇ 3錠 内服 １日３回 毎食後		8	7	35	56

④ 必要性の確認を要する事例（対象疾患及び労災対象傷病に係るものか確認を要するもの）

非ステロイド系鎮痛解熱剤が処方されていないが、プロトンポンプ阻害剤（ＰＰＩ）が処方されているもの。アムロジピン錠については、外傷による傷病以外の処方が考えられるもの。



事業場の所在地	兵庫 府県 神戸市中央 市	氏名	4. 5.	9. 10.

医師番号	処方月日	調剤月日	処方 医薬品名・規格・用量・剤型・用法	単位薬剤料(点)	調剤数量	調剤報酬点数 調剤料(点)	薬剤料(点)	加算料(点)
1	6・4	6・4	アムロジピン錠２．５ｍｇ「ＥＭＥＣ」 1T カンデサルタン錠４ｍｇ「ケミファ」 1T ネキシウムカプセル２０ｍｇ 1Cap 「内服」 分１ 朝食後	15	44	86	660	
1	6・4	6・4	トリアゾラム錠０．２５ｍｇ「日医工」 1T 「内服」 分１ 就寝前	1	30	78	30	㊒ 8

４　労災保険薬剤費請求書・内訳書等作成にあたっての留意事項

※　労災レセプトオンライン請求以外の請求手続きが対象

（１）請求書作成上の留意事項

当該書類は、被災労働者に対する薬剤（現物給付）給付に係る請求行為ですので、会計処理上、以下の点に留意し作成して下さい。

①　住所（所在地）について

労災指定（開設許可）を受けている薬局の所在地

②　名称について

労災指定（開設許可）を受けている薬局の名称

※ 法人の場合は、法人名及び店舗名が必要です。

③　開設者氏名

記名または署名(押印は不要です。)

（２）標準字体の使用について

請求書及び請求内訳書（レセプト）のデータ欄は、標準字体で枠内への記入をお願いします。

データ欄は全て OCR で読取入力し、速やかに支払処理ができるよう作業を行っていますが、標準字体でない場合や、くずれ文字、印字のズレは誤読の原因となるため、正しい被災労働者のデータと一致しなくなり、入力作業に支障が生じます。支払時期の遅れの原因となりますので、薬剤費の迅速支払いのためにも標準字体での記入にご協力をお願いします。また、帳票に直接印字される場合や手書き作成の場合は必ず、所定の専用帳票をご使用下さい。コピーしたものを使用された場合、帳票のマークの位置がずれてしまい読み取りができなくなりますので、エコ用紙や市販のコピー用紙は使用できません。

（３）労働保険番号は枝番号まで全て記入してください。

様式第 5 号等で枝番号が未記入の場合でも、レセプトの枝番号欄は必ず「０００」と記入してください。

【例】２８－１－０１－００１２３４－０００

※　労働局や管轄の労働基準監督署等から労働保険番号や傷病年月日の修正連絡があった場合は、以後のレセプト作成にあたっては、修正後の労働保険番号等を記入して下さい。

（４）　レセプト（内訳書）の合計欄に「￥」マークは記入しないで下さい。

※　訂正をされる場合は、所定の訂正方法で行って下さい。修正テープによる訂正はできません。

（５）　名称・所在地・代表者名・振込口座等に変更があった場合は、「指定・指名機関登録（変更）報告書（診機様式第２２号、第２３号）」及び関係書類による変更の届出が必要です。

「指定・指名機関登録（変更）報告書（診機様式第２２号、第２３号）」の変更届の用紙をご希望の場合は、下記まで郵送またはお電話でご連絡をお願いします。

（連絡先）

兵庫労働局労災補償課医療係あて

神戸市中央区東川崎町１－１－３神戸クリスタルタワー17 階

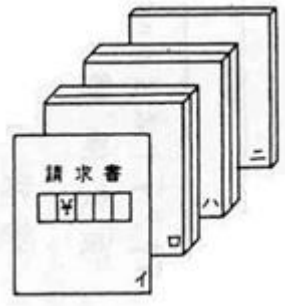
電話番号　　０７８－３６７－９１５７

※　郵送でお送りいただく場合、任意の用紙に、労災保険指定薬局の変更届の用紙「労災指定病院等登録（変更）報告書（診機様式第２２号、第２３号）送付希望。」と記入し、送付先の名称・所在地・ご担当者のお名前、電話番号等を併せてご記入願います。

（６）　管理薬剤師に変更のあった場合は、「労災保険指定薬局申請事項変更届」（兵庫労働局ホームページから「医療関係主要様式」で検索し、ダウンロード可）に記載して届出してください。

５　薬剤費請求書・内訳書の編綴要領

（１）県内分－ レセプト・・・初回分（指定薬局変更分は除く） －監督署別にする。



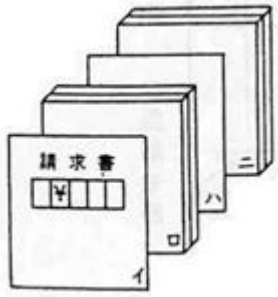
イ　A 監督署分労災保険薬剤費請求書

ロ　同上内訳書（レセプト）様式第５号、１６号の３
（労働保険番号、年金証書番号順に並べます。）

ハ　B 監督署分労災保険薬剤費請求書

ニ　同上内訳書（レセプト）様式第５号、１６号の３
（労働保険番号、年金証書番号順に並べます。）

（２）県外分－ レセプト・・・初回分（指定薬局変更分は除く） －監督署別にする。



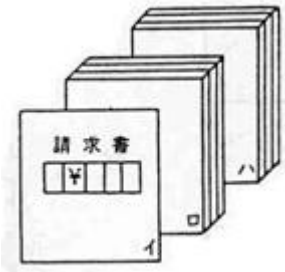
イ　A 監督署分労災保険薬剤費請求書

ロ　同上内訳書（レセプト）様式第５号、１６号の３
（労働保険番号、年金証書番号順に並べます。）

ハ　B 監督署分労災保険薬剤費請求書

ニ　同上内訳書（レセプト）様式第５号、１６号の３
（労働保険番号、年金証書番号順に並べます。）

（３）県内・県外分－ レセプト・・・２回目以降分（指定薬局変更分も含む）

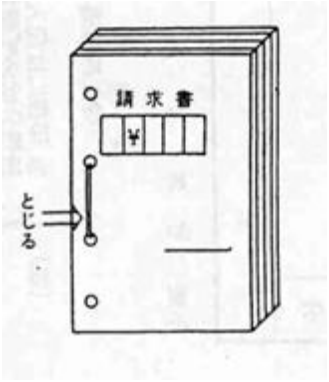


イ　労災保険薬剤費請求書

ロ　県内・県外、全監督署分の内訳書（レセプト）をまとめます。

ハ　様式第６号、１６号の４は各内訳書の後に綴じます。

（４）編冊方法



編綴は上記の区分に従って行い、これらをとりまとめて左端の４つの穴の上から２つ目と３つ目を細ひも等でとじます。１とじが１０枚程度の場合は、ホッチキス止めでもかまいません。

※　以上の順で編綴のうえ、送付書（薬局）（P.21 参照）を添付して兵庫労働局医療係へ提出して下さい。

※　労災レセプトオンライン請求に係る様式５号等の提出について

（１）様式５号等の提出については「送付書」を作成し、提出書類に添付願います。

（２）送付書については、様式５号等の合計枚数を記入のうえ提出してください。

６　請求書等の提出先及び提出期日

（１）請求書の提出先

被災労働者の所属事業場の所在にかかわらず、被災労働者が利用した指定薬局の所在地を管轄する労働局（兵庫県内であれば、兵庫労働局）へ提出します。

（２）送付先

① 一般診療に係る薬剤費

〒６５０－００４４

神戸市中央区東川崎町１丁目１番３号　神戸クリスタルタワー　１７階

兵庫労働局労働基準部労災補償課　医療係

ＴＥＬ　０７８－３６７－９１５７（直通）

② アフターケアに係る委託費（薬剤費）

送付先は、①と同じ。

ただし、お問い合わせは、

兵庫労働局労働基準部労災補償課　アフターケア係へお願いします。

ＴＥＬ　０７８－３６７－９１５５（直通）

（３）提出期日

薬剤費請求書、アフターケア委託費（薬剤費）請求書は、調剤月の翌月１０日の開庁時間内（１７：１５）までに必ず提出して下さい。１０日が閉庁日の場合は、翌開庁日が提出期日となります。

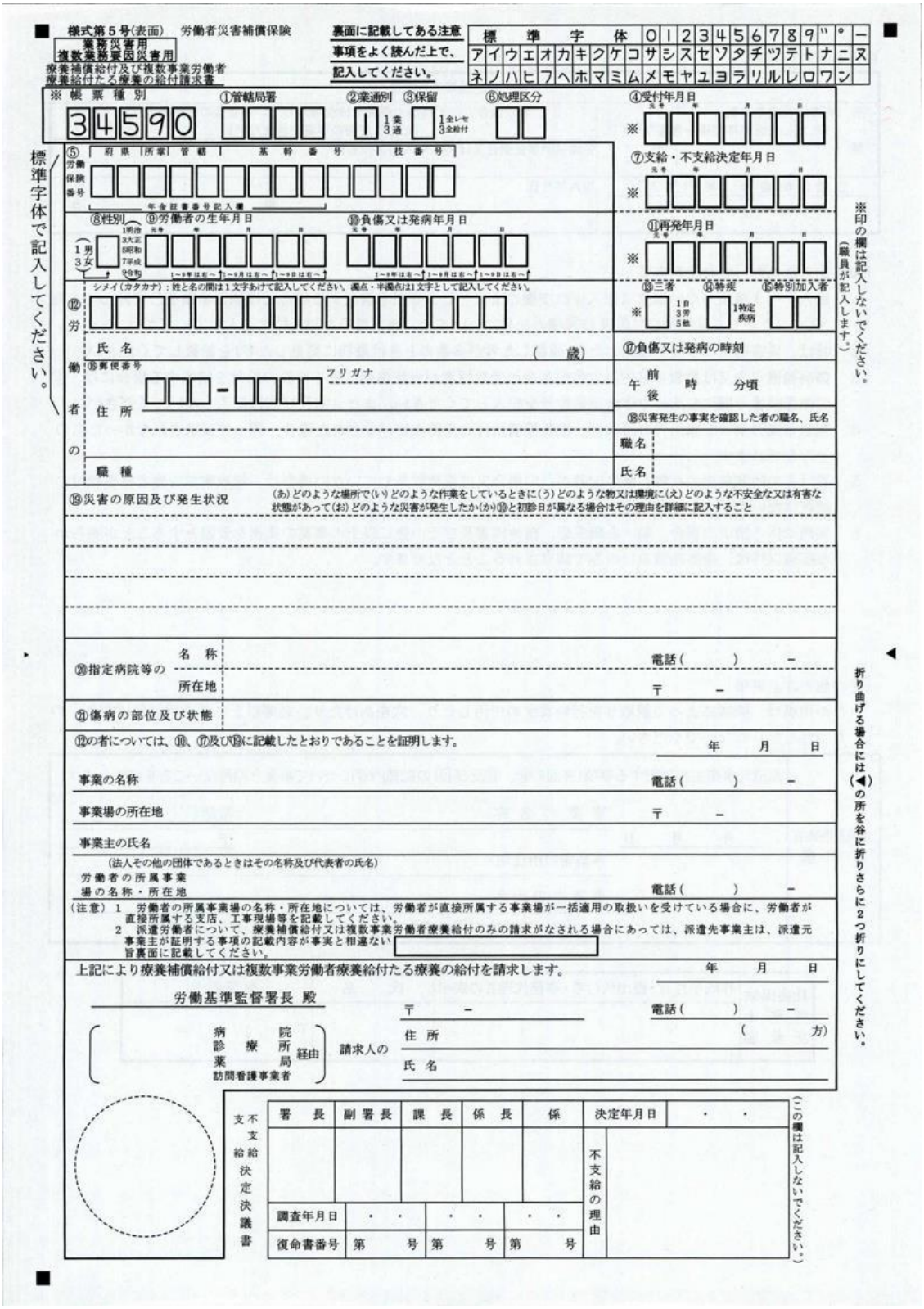
ただし、労災レセプトオンライン請求は調剤月の翌月１０日の２３時５９分までとなります。

Ⅲ　請求手続きに必要な諸様式

Ⅲ 請求手続きに必要な諸様式

1　療養補償給付及び複数事業労働者

療養補償給付たる療養の給付請求書（様式第５号：業務災害用）


様式第５号(表面)　労働者災害補償保険
業務災害用
複数業務要因災害用
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

裏面に記載してある注意事項をよく読んだ上で、記入してください。

標準字体で記入してください。

※印の欄は記入しないでください。（職員が記入します。）

折り曲げる場合には(◀)の所を谷に折りさらに２つ折りにしてください。

２　療養補償給付及び複数事業労働者

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：業務災害用）

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　経由
薬局
訪問看護事業者

〒　－

電話(　)　－

住所

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労働者の	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(　歳)	年　月　日
								住所		午前後　時　分頃
②年金証書の番号								職種		
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って(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。

年　月　日

事業の名称

〒　－　電話(　)　－

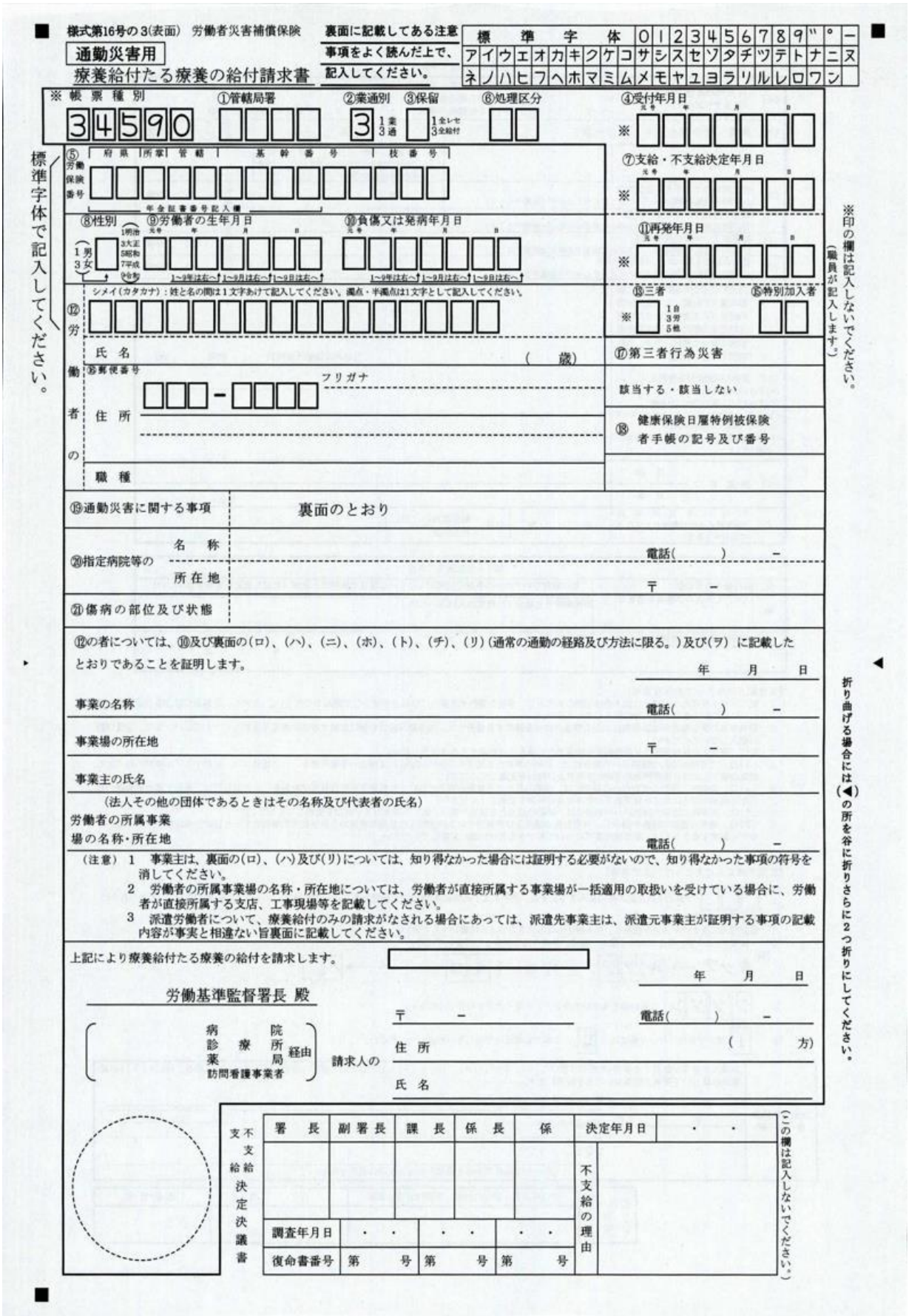
事業場の所在地

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)

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	傷病補償年金又は複数事業労働者傷病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		

３　療養給付たる療養の給付請求書（様式第１６号の３：通勤災害用）



様式第16号の3(表面)　労働者災害補償保険

通勤災害用

療養給付たる療養の給付請求書

裏面に記載してある注意事項をよく読んだ上で、記入してください。

標準字体

標準字体	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	゛	°	ー
ア	イ	ウ	エ	オ	カ	キ	ク	ケ	コ	サ	シ	ス	セ	ソ	タ	チ	ツ	テ	ト	ナ	ニ	ヌ
ネ	ノ	ハ	ヒ	フ	ヘ	ホ	マ	ミ	ム	メ	モ	ヤ	ユ	ヨ	ラ	リ	ル	レ	ロ	ワ	ン	

※帳票種別 3 4 5 9 0　①管轄局署　②業通別 3　③保留　⑧処理区分

④受付年月日　⑦支給・不支給決定年月日　⑪再発年月日

⑤労働保険番号（府県 所掌 管轄 基幹番号 枝番号）

⑥性別（1男 3女）　⑨労働者の生年月日　⑩負傷又は発病年月日

⑫労働者の
シメイ（カタカナ）：姓と名の間は1文字あけて記入してください。濁点・半濁点は1文字として記入してください。
氏名　（　歳）
⑭郵便番号　フリガナ
住所
職種

⑬三者　⑮特別加入者

⑰第三者行為災害　該当する・該当しない

⑱健康保険日雇特例被保険者手帳の記号及び番号

⑲通動災害に関する事項　裏面のとおり

⑳指定病院等の　名称　電話(　)　－
所在地　〒　－

㉑傷病の部位及び状態

⑫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。　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）
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

（病院 診療所 薬局 訪問看護事業者 経由）

請求人の　〒　－　電話(　)　－
住所　（　方）
氏名

支不給決定決議書	署長	副署長	課長	係長	係	決定年月日	・　・
						不支給の理由	
	調査年月日	・　・	・　・	・　・			
	復命書番号	第　号	第　号	第　号			

（この欄は記入しないでください。）

標準字体で記入してください。

※印の欄は記入しないでください。（職員が記入します。）

折り曲げる場合には（◀）の所を谷に折りさらに2つ折りにしてください。

（裏面）

様式第16号の3（裏面）　　通勤災害に関する事項

(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　　ロ．就業の場所から住居への移動 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　　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終点たる就業の場所）
(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、ハ又はニ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の場所に至った経路、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 (あ)どのような場所を (い)どのような方法で移動している際に (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 (お)他との初診日が異なる場合はその理由を簡明に記載すること		
(ル)	現認者の　住所		
	現認者の　氏名		電話（　）　—
(ヲ)	転任の事実の有無 （災害時の通勤の種別がニ又はホに該当する場合）	有　・　無	(ワ) 転任直前の住居に係る住所

②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

［項目記入に当たっての注意事項］

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当該事項を○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　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、⑨及び⑩は記入しないでください。
3　⑧は、請求人が健康保険の日雇特例被保険者でない場合には記載する必要はありません。
4　(ホ)は、災害時の通勤の種別がハの場合には、移動の終点たる就業の場所における就業開始の予定時刻を、ニの場合には、後続するイの移動の終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。
5　(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。
6　(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。
7　(リ)は、通常の通勤の経路を図示し、災害発生の場所及び災害発生の日に住居又は就業の場所から災害発生の場所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、光学式文字読取装置（OCR）で直接読取りを行いますので、以下の注意事項に従って、表面の右上に示す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　「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）キッテ → キ ツ テ　　キョ → キ ヨ　　パ → ハ °

3　シ ツ ソ ン は斜の弧を書き始めるとき、小さくカギを付けてください。

4　｜ はカギを付けないで垂直に、 4 の２本の縦線は上で閉じないで書いてください。

派遣先事業主証明欄	派遣元事業主が証明する事項（表面の⑨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(ヲ)）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
			（　）　—

４　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：通勤災害用）

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　経由
薬局
訪問看護事業者

〒　－
電話（　）　－

住所
届出人の　　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労働者の	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（　歳）	年　月　日
													住所		午前後　時　分頃
②年金証書の番号													職種		
管轄局		種別	西暦年	番号											

⑤ 災害の原因及び発生状況　（あ）どのような場所を（い）どのような方法で移動している際に（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

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（　）　－

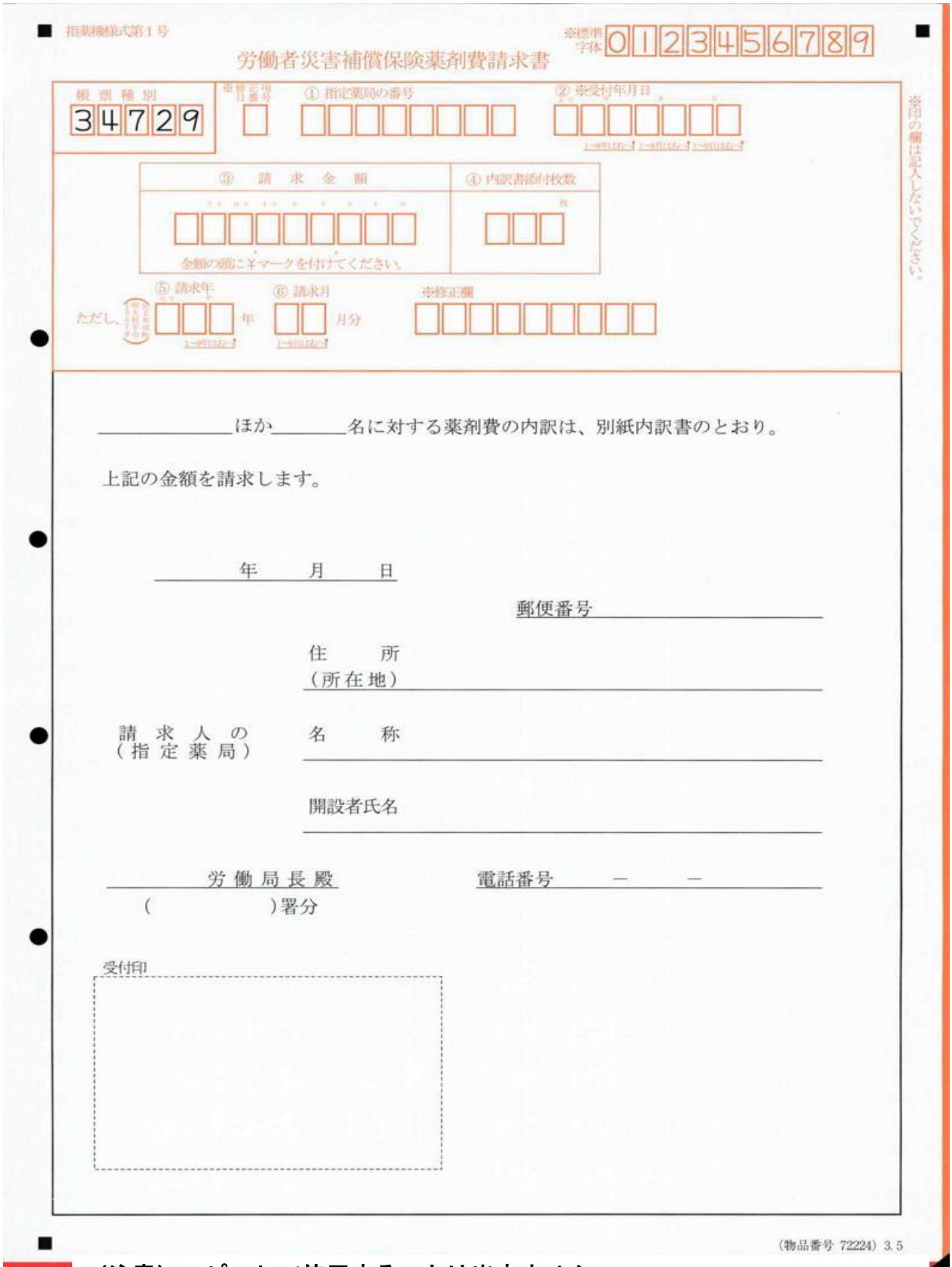
事業場の所在地

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		

５　労働者災害補償保険薬剤費請求書（帳票種別：３４７２９、様式第１号）



指薬機様式第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薬剤費請求書

帳票種別 34729

※修正項目番号

① 指定薬局の番号

② ※受付年月日

③ 請求金額

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

⑤ 請求年 年

ただし、

⑥ 請求月 月分

※修正欄

※印の欄は記入しないでください。

＿＿＿＿＿＿ほか＿＿＿＿名に対する薬剤費の内訳は、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（指定薬局）　名称＿＿＿＿＿＿＿＿

開設者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿労働局長殿　　電話番号　－　－

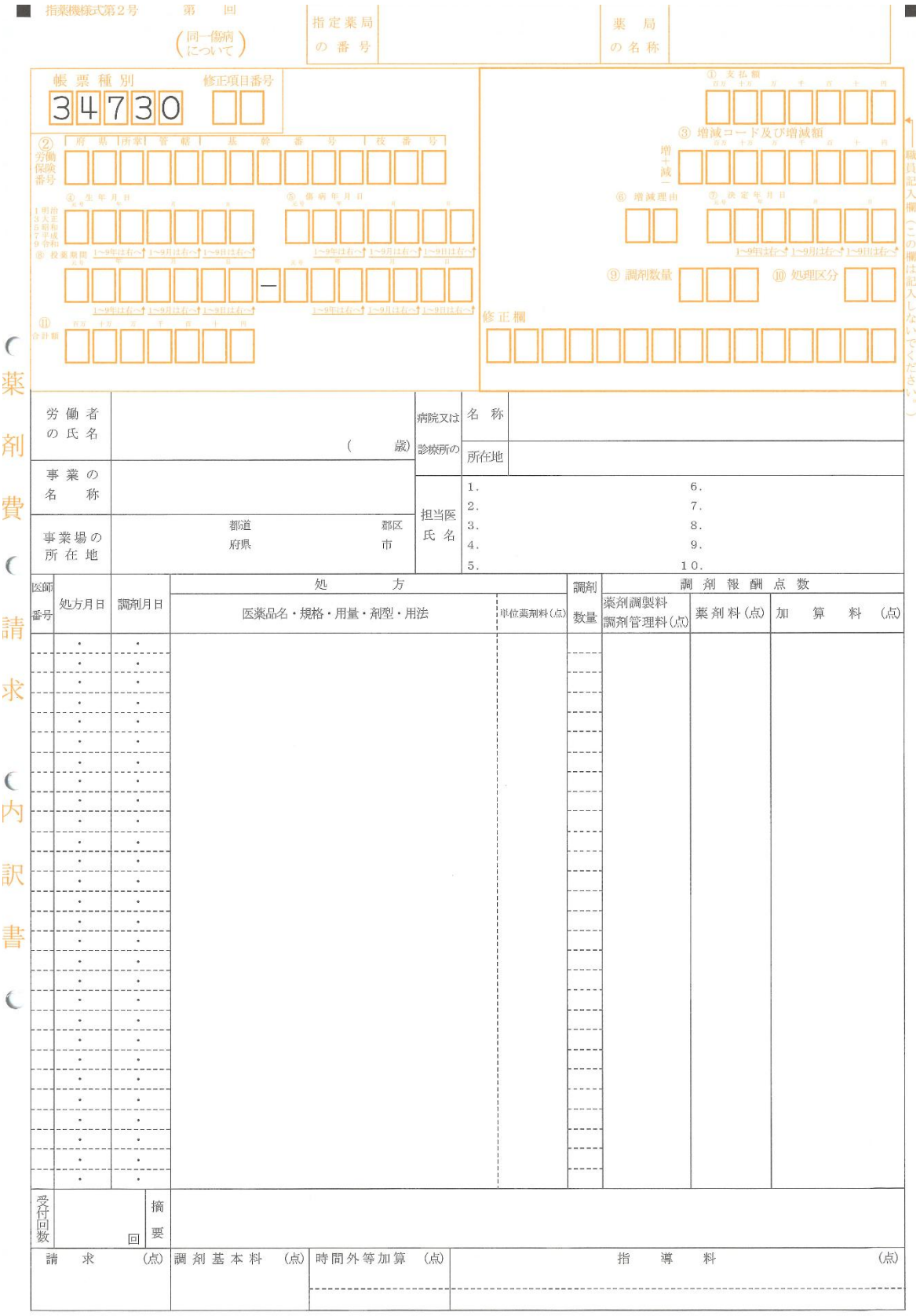
（　　）署分

受付印

（物品番号 72224）3.5

（注意）コピーして使用することは出来ません。

６　薬剤費請求内訳書（帳票種別：３４７３０、様式第２号）



（注意）コピーして使用することは出来ません。

（裏面）

処方箋番号	処方月日	調剤月日	処方		調剤数量	調剤報酬点数		
			医薬品名・規格・用量・剤型・用法	単位薬剤料(点)		薬剤調製料 調剤管理料(点)	薬剤料(点)	加算料(点)
	・ ・ ・

７　薬剤費請求内訳書（傷病年金受給者用、帳票種別：３４７３１、様式第３号）



薬剤費請求内訳書

指薬機様式第3号　第　回　傷　（同一傷病について）

指定薬局の番号　薬局の名称

帳票種別 34731　修正項目番号

②年金証書の番号　管轄局　種別 1　西暦年　番号

⑥投薬期間　明治1 大正3 昭和5 平成7 令和9　年　月　日 ～ 年　月　日

⑨合計額

①支払額

③増減コード及び増減額　増＋減－　④増減理由　⑤処理区分

⑦調剤数量　⑧決定年月日

修正欄

（職員記入欄（この欄は記入しないでください。））

労働者の氏名　明・大・昭・平・令　年　月　日生（　歳）

事業の名称

事業場の所在地　都道府県　郡区市

病院又は診療所の　名称　所在地

担当医氏名　1.　2.　3.　4.　5.　6.　7.　8.　9.　10.

医師番号	処方月日	調剤月日	処方 医薬品名・規格・用量・剤型・用法	単位薬剤料（点）	調剤数量	調剤報酬点数 薬剤調製料 調剤管理料（点）	薬剤料（点）	加算料（点）
	・	・						
	・	・						
	・	・						

（裏面）

医師番号	処方月日	調剤月日	処方		調剤数量	調剤報酬点数		
			医薬品名・規格・用量・剤型・用法	単位薬剤料(点)		薬剤調製料 調剤管理料(点)	薬剤料(点)	加算料(点)
	・	・						
	・	・						
	・	・					

送　　付　　書　（薬局）

令和　　年　　月分請求書を下記のとおり送付いたします。

新継別	労働局名	監督署名	様式5号及び16号の3	薬剤費請求内訳書		※保留・返戻		備考
				件数	金額	件数	金額	
新規（初回）分								
電子レセプト		様式第5号及び16号の3						
		様式第6号及び16号の4						
継続分	全監督署分							
合計								

令和　　年　　月　　日

兵庫労働局　労災補償課　医療係　　御中

指定薬局番号　2　8　4

指定薬局の　所在地

名称

（注）
1．新規分は必ず監督署別に編綴し、様式第5号又は第16号の3を添付して下さい。（転医始診除く）
2回目以降の継続分は全監督署分（県内・県外すべて）を一括して編綴（50枚程度まで）して下さい。
2．様式第5号及び16号の3の欄には、合計枚数を記入して下さい。
3．電子レセプトは、様式第5号等の合計枚数のみ記入してください。
4．兵庫県内に所在する医療機関は、被災者が県外の事業場の所属であっても兵庫労働局への請求となります。
5．アフターケア薬剤費及び二次健診は、記入しないで下さい。
6．請求書、請求内訳書に、添付書類の貼付（糊付）は絶対にしないで下さい。
7．※印欄には記入しないで下さい。
8．請求書・内訳書のデータ欄は、標準字体で枠内の記入をお願いします。

９　各種諸用紙等の注文方法について

薬剤費の請求用紙類（１６ページ～２０ページ）はダウンロードできませんので、下記により郵送での請求をお願いいたします。国の事業経費につきましては、一層の削減が求められており、各種通信経費につきましても大幅な予算削減がなされています。

つきましては、労災薬剤費に係る諸用紙の請求をされる場合は、郵送料のみが必要となりますので、「レセプト用紙等送付依頼書（薬局用）」（23 ページ）に必要数をご記入いただき、返信用封筒に切手を貼付し、ご請求いただくようご理解とご協力をお願いいたします。

宛先には必ず兵庫労働局労働基準部労災補償課　医療係　と明記願います。

（請求先）

兵庫労働局　労働基準部　労災補償課　医療係

〒６５０－００４４

神戸市中央区東川崎町１丁目１番３号　神戸クリスタルタワー　１７階

ＴＥＬ　０７８－３６７－９１５７（直通）

なお、厚生労働省のホームページから、「労災保険給付関係請求書等」をダウンロードすることができます。

（掲載先は、厚生労働省 〉〉〉 雇用・労働 〉〉〉 労働基準 〉〉〉 労災補償　となります。）

（一例）

・（OCR 様式）療養補償給付たる療養の給付請求書　業務災害用（様式第５号）
・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）
・（OCR 様式）療養給付たる療養の給付請求書　通勤災害用（様式第１６号の３）
・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）
・（OCR 様式）療養補償給付たる療養の費用請求書　業務災害用（様式第７号（２））
・（OCR 様式）療養給付たる療養の費用請求書　通勤災害用（様式第１６号の５（２））

※ダウンロードに当たっては、

「まずは、注意事項をご確認下さい。（こちらをクリックして下さい。）」

をクリックし、注意事項を全てお読みいただき、

「　**注意事項を読んだ**　」をクリックして頂く必要があります。

（注意）

薬剤費請求書・内訳書（レセプト）はコピーして使用することは出来ません。

レセプト用紙等送付依頼書（薬局用）

労働者災害補償保険薬剤費請求書・内訳書
アフターケア委託費請求書・内訳書
} 用紙の郵送について

用紙の送付依頼につきましては、恐れ入りますが返信用封筒に宛名を明記の上、切手を貼付して依頼してください。

※　郵便料金の目安については、裏面を参照願います。

（依頼及び問い合わせ先）

〒650-0044

神戸市中央区東川崎町１丁目１番３号　神戸クリスタルタワー　１７階

兵庫労働局　労災補償課　医療係

ＴＥＬ　　０７８－３６７－９１５７（医療係直通）

送付希望の薬局用レセプト用紙等

帳票種別	名　　称	所要枚数
３４７２９	労働者災害補償保険薬剤費請求書	枚
３４７３０	薬剤費請求内訳書	枚
３４７３１	薬剤費請求内訳書（傷病（補償）年金受給者用）	枚
３７７０１	アフターケア委託費請求書（薬局用）	枚
３７７１０	アフターケア委託費請求内訳書（薬局用）	枚
合　　計		枚

【申込者】　指定薬局番号　２８４

所　在　地

名　　称

レセプト等の送付をご希望の方は、下記の一覧表を参考に返信用封筒に宛名を明記の上、**切手を貼付**して依頼いただきますようお願いいたします。

※　目安枚数とは、請求書と内訳書を合わせた枚数です

(令和８年１０月１日現在)

【労災薬剤費レセプト等】

封筒サイズ（34cm×25cm×3cm かつ 1kg 以内）		
重さ	料金	目安枚数
100g まで	180 円	10 枚
150g まで	270 円	20 枚
250g まで	320 円	40 枚
500g まで	510 円	90 枚
1 kg まで	750 円	180 枚

（注意事項）

１　上記一覧表は、１kg 以内の送料の目安料金です。

２　重さが同じでも、封筒サイズが規格を超える場合は料金が変わりますので注意して下さい。

（ゆうパック等）

ゆうパック　６０サイズ（封筒の縦＋横＋幅）　　８４０円

ゆうパック　８０サイズ（封筒の縦＋横＋幅）　１，１５０円

※　レターパックでも可です。
　　レターパックライト(430 円)が 250 枚、
　　レターパックプラス(600 円)が 300 枚程度入ります。

※　郵便料金の改定にご留意願います。

Ⅳ　アフターケア制度について

Ⅳ　アフターケア制度について

１　アフターケアの概要

労災保険制度では、業務災害、複数業務要因災害または通勤災害により、被災された方に対して、その方の症状が固定した（治ゆ）（以下「症状固定」といいます。）後においても後遺症状に動揺をきたしたり、後遺障害に付随する疾病を発症したりするおそれがあることから、必要に応じて、診察、保健指導、保健のための処置、検査を行い、労働能力を維持し、円滑な社会生活を営んでいただくことを目的に「アフターケア」を実施しています。

アフターケアは、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、労働者災害補償保険法施行規則第 11 条の規定により指定された病院若しくは診療所（以下「労災保険指定医療機関」）または薬局（以下「労災保険指定薬局」といいます。）で行うことができますが、対象となる傷病ごとに定められた範囲内の措置に限られており、必要に応じ予防その他の保健上の措置であり、一般の治療とは異なるものであることをご承知置きください。アフターケアは傷病が症状固定後における保健上の措置として、次頁の一覧表に掲げる 20 種類 31 区分の対象傷病について、１か月に１回程度の診察や保健指導、検査などの一定の範囲内で必要な措置を行うものであり、治療ではなく、後遺症状の増悪を防止するための保健上の措置であることから、薬剤支給に制限があります。

アフターケア手帳に記載された、症状固定（治ゆ）時における障害の部位・状態以外の負傷又は疾病についての診療、政府が必要と認める診療を超えた診療については、それに要した費用の全部又は一部は支払われません。

高血圧症、高脂血症など私病に係る治療は、アフターケアの対象外です。

また、アフターケアでは、居宅における療養上の管理を定めていないため、健保点数表の「在宅医療」は算定できません。

その他

（１）傷病の「再発」

アフターケア対象者が、症状の悪化や抜釘等により労働基準監督署長に対し再発請求し認定された場合、当該認定日（再発日）以降はアフターケアを受けることはできません（以降は「労災薬剤費」請求となります）。

（２）アフターケア対象傷病以外などに対する処方

アフターケア対象傷病以外の労災傷病や私病に対する処方並びに過剰投与については、支給対象外となります。

２　アフターケア委託費請求書（薬局用：帳票種別 37701)、アフターケア委託費請求内訳書（薬局用：帳票種別 37710）の取扱い上の「お願い」

- 請求書及び請求内訳書（レセプト）のデータ欄は、標準字体で枠内の記入をお願いします。

  データ欄は全て OCR で読取入力し、速やかに支払処理ができるよう作業を行っていますが、標準字体でない場合や、くずれ文字、印字のズレは誤読の原因となるため、正しい対象者のデータと一致しなくなり、入力作業に支障が生じます。支払時期の遅れの原因となりますので、薬剤費の迅速支払いのためにも標準字体での記入にご協力をお願いします。

  また、帳票に直接印字される場合や手書き作成の場合は必ず、所定の帳票（専用用紙）をご使用ください。コピー用紙を使用された場合、帳票のマークの位置がずれてしまい、読み取りができなくなりますので、エコ用紙や市販のコピー用紙は使用できません。
- 帳票は、直射日光・湿気をさけて保管してください。
- **帳票を折り曲げたり、他の用紙を糊付けたりは行わないでください。**
- **請求書の④請求金額は訂正できませんので、書き損じた場合は、新たに作成してください。**
- **請求内訳書（レセプト）の合計欄に「￥」マークは記入しないでください。**

  ※　訂正をされる場合は、所定の訂正方法で行ってください。修正テープなどによる訂正はできません。
- 請求書と請求内訳書は、「ホッチキス止め」しないでください。
- 請求いただく際には、送付書を添付していただく必要はありません。また、アフターケア手帳の写しも添付しないでください。
- **アフターケア委託費は、オンライン請求の対象です。**

３　アフターケア手帳の内容確認について

アフターケア手帳（旧健康管理手帳）は、アフターケア委託費（薬剤費）の請求にあたって、資格確認のための重要な書類です。アフターケア手帳番号及び有効期限の確認は毎回来局時に行ってください。

アフターケアの対象傷病ごとに支給可能な薬剤の範囲がありますので、主治医の処方内容に疑義がある場合は、必ず処方元にご確認の上、請求内訳書摘要欄に確認した結果を記入してください。（薬剤師法第 24 条）

アフターケアの対象となる傷病

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

４　アフターケアの手続き

アフターケア対象者が受診する際には、その都度、アフターケア手帳を医療機関等に提出することになっていますので、医療機関等において所定の欄にその結果を記入します。

また、アフターケアに要した費用は、アフターケア委託費請求書（薬局用）により、労災指名薬局の所在地を管轄する都道府県労働局長あて請求してください。

５　対象傷病別のアフターケアの内容

アフターケアの内容は、20 種類 31 区分の対象傷病ごとに定められた範囲となります。詳細は傷病区分ごとの解説をご参照ください。

６　費用の算定方法

（１）アフターケア委託費（薬剤費）の算定方法は、健康保険に準拠しますので、健保点数表、調剤点数表、薬価基準が改定されたときは、改定後の額となります。

また、夜間・休日等加算の場合は、請求内訳書摘要欄に「（処方せん）受付時刻」を記載してください。

（２）処置材料は、担当医から直接処方され、授与されたものに限られるものであるため、たとえ担当医の指示によるものであっても、薬局等から市販のガーゼ、カテーテルなどを対象者が自ら購入するものは、支給の対象とはなりません。

（３）アフターケア対象の傷病に対する処方のみが支給対象となります。たとえば、脳血管疾患に係るアフターケアの対象となるのは、脳血管疾患発症後における脳の血管性病変による器質的損傷による片麻痺等であり、私病である高血圧症等の基礎疾患については、アフターケアの対象とはなりません。

７　アフターケア手帳について

（１）アフターケア手帳の交付

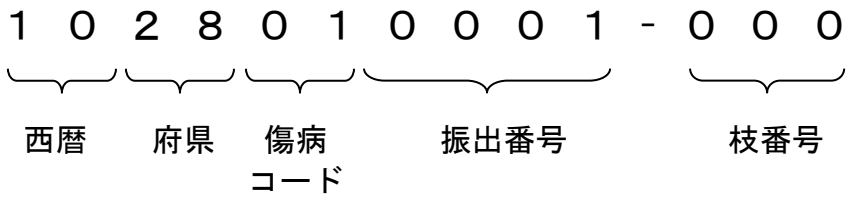
労災保険による治療が終了（症状固定）し後遺障害等が残った方で、所轄労働局長に対して　「アフターケア手帳交付申請書」を提出し、アフターケアを労働局長が必要と認めた場合に「アフターケア手帳」が交付されます。

アフターケア手帳の有効期間は、新規に交付するときは傷病コード区分により２年または３年となっています。また、更新した手帳は１年または５年となりますので、「アフターケアの対象となる傷病」一覧表によりご確認ください。

「健康管理手帳」は、「アフターケア手帳」に名称変更しています。また、「健康管理手帳番号」も「アフターケア手帳番号」に変更となっています。

（２）アフターケア手帳番号

アフターケア手帳番号は 13 桁で、次のように振り出されています。



＊手帳を更新した場合、末尾３桁の枝番号が変わります。

手帳の有効期限内であっても、新手帳の交付後は旧手帳の使用はできません。

（３）アフターケア手帳の更新

アフターケア手帳の更新を希望する対象者は、アフターケア手帳の有効期間満了の１か月前までに「アフターケア手帳更新・再交付申請書」を所轄労働局長へ提出します。（有効期限の約３か月前に所轄労働局から「有効期間満了のお知らせ」と「更新・再交付申請書」を送付しています。診断書が必要な方には「診断書」も同封されます。）

なお、頭頸部外傷症候群等（傷病コード；21・22・23 に係る手帳は２年間限りで更新することはできません。

【更新申請に必要な書類】

「アフターケア手帳更新・再交付申請書」（様式第３号）

「アフターケア実施期間の更新に関する診断書」（様式第３号別紙）

※　傷病コードが 01・08・29・36・37 の方は、診断書は不要です。

《診断書作成について》

＊　診断書は、アフターケアを受けている医療機関の主治医により作成します。

８　アフターケア委託費（薬剤費）の請求について

アフターケアに要した費用の請求に当たっては、前記により算定した毎月分の費用の額をアフターケア委託費請求書に記載の上、提出することになります。

請求の際には、アフターケア委託費請求内訳書を処方ごとに１枚作成し、アフターケア委託費請求書に添付します。

なお、委託費請求に不可欠なアフターケア手帳番号は有効期限があります。毎回来局時に本人から必ず当該手帳の提示を求め有効期限を確認してください。

特に有効期限まで３か月以内となった対象者には、必ず更新後の手帳が交付されていないか確認してください。手帳が更新された場合は、手帳番号も更新され、更新前の手帳番号は使用出来なくなりますので、更新後（交付日以降）の手帳番号で請求してください。

（１）提出期日

アフターケア委託費請求書は、調剤月の翌月 10 日までに提出してください。(翌月以降)

オンラインの場合は、調剤月の翌月 10 日 23 時 59 分までに提出してください。

詳しくは、労災薬剤費請求書と同じです。

（２）提出先

兵庫県内分、県外分ともに

〒６５０－００４４

神戸市中央区東川崎町１丁目１番３号

神戸クリスタルタワー　１７階

兵庫労働局労働基準部労災補償課　医療係

（３）アフターケアに関する問い合わせ先

〒６５０－００４４

神戸市中央区東川崎町１丁目１番３号

神戸クリスタルタワー　１６階

兵庫労働局労働基準部労災補償課　アフターケア担当者

ＴＥＬ　０７８－３６７－９１５５

00　炭鉱災害による一酸化炭素中毒に係るアフターケア

○　趣　旨

炭鉱災害による一酸化炭素中毒にり患した方は、症状固定後においても季節、天候、社会環境等の変化に随伴して精神または身体の後遺症に動揺をおこすことがあることから、アフターケアを行うものです。

○　対象者

炭鉱災害による一酸化炭素中毒について、労災保険法による療養補償給付を受けていた方で、症状固定した方のうち、医学的に早期にアフターケアの実施が必要であると認められる方

○　措置範囲

⑴　診　　察　・・・　原則として１か月に１回程度

⑵　保健指導　・・・　診察の都度

⑶　保健のための処置（薬剤の支給）

①　脳機能賦活薬

②　向精神薬

③　筋弛緩薬（鎮痙薬を含む）

④　鎮痛薬

⑤　血管拡張薬

⑥　抗パーキンソン薬

⑦　抗痙攣剤

⑧　内服昇圧剤

⑷　対象となる検査（健康診断）

①　全身状態の検査 ②　自覚症状の検査 ③　精神、神経症の一般的検査	１年に１回程度
④　尿中のタンパク、糖、ウロビリノーゲンの検査 ⑤　赤血球沈降速度、白血球の検査 ⑥　視野検査 ⑦　脳波検査 ⑧　心電図検査 ⑨　胸部エックス線検査 ⑩　ＣＴ、ＭＲＩ検査	①～③の検査の結果、医学的に特に必要と認められる場合に限る

○　アフターケア手帳の有効期間

⑴　新規の交付

交付日から起算して３年間です。

⑵　更新による再交付

更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して１年間です。

01　せき髄損傷に係るアフターケア

○　趣　旨

せき髄損傷者は、症状固定後においても尿路障害、褥瘡等の予防その他の医学的措置等を必要とすることがあることから、アフターケアを行うものです。

○　対象者

- 業務災害または通勤災害によるせき髄損傷者であって、労災保険法による障害等級第３級以上の障害（補償）給付を受けている方または受けると見込まれる方（症状固定した方に限る）のうち、医学的に早期にアフターケアの実施が必要であると認められる方
- 障害等級第４級以下の障害（補償）給付を受けている方のうち、医学的に特に必要と認められる方

○　措置範囲

⑴　診　　察　・・・　原則として１か月に１回程度

⑵　保健指導　・・・　診察の都度

⑶　保健のための処置

ア　褥瘡処置

医師が必要と認めた場合は、自宅等で交換のために使用する滅菌ガーゼと絆創膏を支給できます。

イ　尿路処置（導尿、膀胱洗浄、留置カテーテル設置・交換を含む）

医師が必要と認めた場合には、自宅等で使用するためのカテーテル、留置カテーテル（収尿袋を含む）カテーテル用消毒液（洗浄剤と潤滑剤を含む）、滅菌ガーゼを支給できます。

ウ　薬剤の支給

①　抗菌剤（抗生物質、外用薬を含む）

尿路感染者、尿路感染のおそれのある方と褥瘡のある方が対象です。

②　褥瘡処置用・尿路処置用外用薬

③　排尿障害改善薬、頻尿治療薬

④　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植込型ポンプに再充填する鎮痙薬を含みます。

⑤　自律神経薬

⑥　末梢神経障害治療薬

⑦　向精神薬

⑧　鎮痛・消炎薬（外用薬を含む）

⑨　整腸薬、下剤、浣腸薬

⑷　対象となる検査

①　尿検査（尿培養検査を含む）	診察の都度、必要に応じて実施
②　ＣＲＰ検査	１年に２回程度
③　末梢血液一般・生化学的検査 （腎クリアランステストは算定できません） ④　膀胱機能検査（残尿測定検査を含む） 残尿測定検査は、超音波によるものを含みます。 ⑤　腎臓、膀胱と尿道のエックス線検査	１年に１回程度
⑥　損傷せき椎と麻痺域関節のエックス線、 ＣＴ、ＭＲＩ検査	医学的に特に必要があると認められる場合に限り、１年に１回程度（いずれか１回です。それぞれ１回ではありません。）

○　アフターケア手帳の有効期間

⑴　新規の交付

交付日から起算して３年間です。

⑵　更新による再交付

更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して５年間です。

05　白内障等の眼疾患に係るアフターケア

○　趣　旨

白内障等の眼疾患にり患した方は、症状固定後も視機能に動揺をきたすおそれがあることから、アフターケアを行うものです。

○　対象者

- 業務災害または通勤災害による白内障、緑内障、網膜剥離、角膜疾患、眼瞼内反等の眼疾患の方で、労災保険法による障害（補償）給付を受けている方または受けると見込まれる方（症状固定した方に限る）のうち、医学的に早期にアフターケアの実施が必要であると認められる方
- 障害（補償）給付を受けていない方（症状固定した方に限る）のうち、医学的に特に必要があると認められる方

○　措置範囲

⑴　診　　察　・・・　原則として１か月に１回程度

⑵　保健指導　・・・　診察の都度

⑶　保健のための処置

ア　睫毛抜法

眼瞼内反による睫毛乱生のために必要な方に対して行います。

イ　薬剤の支給

①　外用薬

②　眼圧降下薬

⑷　対象となる検査

①　矯正視力検査 ②　屈折検査 ③　細隙燈顕微鏡検査 ④　前房隅角検査 ⑤　精密眼圧測定 ⑥　精密眼底検査 ⑦　量的視野検査	診察の都度、必要に応じて実施

○　アフターケア手帳の有効期間

⑴　新規の交付

交付日から起算して２年間です。

⑵　更新による再交付

更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して１年間です。

06　振動障害に係るアフターケア

○　趣　旨

振動障害にり患した方は、症状固定後においても季節の変化等に伴い、後遺症状に動揺をきたす場合が見られることから、アフターケアを行うものです。

○　対象者

業務災害による振動障害の傷病者で、労災保険法による障害補償給付を受けている方または受けると見込まれる方（症状固定した方に限る）のうち、医学的に早期にアフターケアの実施が必要であると認められる方

○　措置範囲

⑴　診　　察　・・・　原則として１か月に２～４回程度（寒冷期は、医師の意見を踏まえ、その必要とする回数）

⑵　保健指導　・・・　診察の都度

特に身体局所に対する振動刺激を避けるよう努めさせるとともに、防寒・保温、適度の運動の実施、喫煙の禁止等日常生活上の配慮について指導します。

⑶　保健のための処置

ア　理学療法・・・必要と認められる範囲

イ　注　　射・・・特に必要と認められる場合、一時的な消炎・鎮痛のために行います。

ウ　薬剤の支給

①　ニコチン酸薬
②　循環ホルモン薬
③　ビタミンB1、B2、B6、B12、E剤
④　Ｃａ拮抗薬
⑤　交感神経α－受容体抑制薬
⑥　鎮痛・消炎薬（外用薬を含む）

⑷　対象となる検査

①　末梢血液一般・生化学的検査 ②　尿検査 ③　末梢循環機能検査 （ｉ）　常温下皮膚温・爪圧迫検査 （ii）　冷水負荷皮膚温・爪圧迫検査 ④　末梢神経機能検査 （ｉ）　常温下痛覚・振動覚検査 （ii）　冷水負荷痛覚・振動覚検査 （iii）　神経伝導速度検査（遅発性尺骨神経麻痺の場合に限る） ⑤　末梢運動機能検査 握力の検査	１年に１回程度
⑥　手関節及び肘関節のエックス線検査	放射線による身体的影響を考慮して必要と認められた方に限り、２年に１回程度

※　振動障害の検査料算定については、次項の≪振動障害検査料≫をご参照ください。

○　アフターケア手帳の有効期間

⑴　新規の交付

交付日から起算して２年間です。

⑵　更新による再交付

更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して１年間です。

≪振動障害検査料≫

検　　査　　項　　目		点　　数
1	握力（最大握力、瞬発握力） 維持握力（５回法）を併せて行う検査	片手、両手にかかわらず　**６０点**
2	維持握力（６０％法）検査 つまみ力検査 タッピング検査	片手、両手にかかわらず　**６０点**
3	常温下での手指の皮膚温検査	１指につき　**７点**
4	冷却負荷による手指の皮膚温検査	１指１回につき　**７点**
5	常温下による爪圧迫検査	１指につき　**７点**
6	冷却負荷による爪圧迫検査	１指１回につき　**７点**
7	常温下での手指の痛覚検査	１指につき　**９点**
8	冷却負荷による手指の痛覚検査	１指１回につき　**９点**
9	指先の振動覚（常温下での両手）検査	１指につき　**４０点**
10	指先の振動覚（冷却負荷での両手）検査	１指１回につき　**４０点**
11	手背等の温覚検査	１手につき　**９点**
12	手背等の冷覚検査	１手につき　**９点**

07　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

○　趣　旨

大腿骨頸部骨折と股関節脱臼・脱臼骨折の傷病者は、症状固定後においても大腿骨骨頭壊死の発症をきたすおそれがあることから、アフターケアを行うものです。

○　対象者

- 業務災害または通勤災害による大腿骨頸部骨折と股関節脱臼・脱臼骨折した方で、労災保険法による障害（補償）給付を受けている方または受けると見込まれる方（症状固定した方に限る）のうち、医学的に早期にアフターケアの実施が必要であると認められる方
- 障害（補償）給付を受けていない方（症状固定した方に限る）のうち、医学的に特に必要があると認められる方

○　措置範囲

⑴　診　　察　・・・　原則として３～６か月に１回程度

⑵　保健指導　・・・　診察の都度

⑶　保健のための処置（薬剤の支給）

鎮痛・消炎薬（外用薬を含む）

⑷　対象となる検査

①　末梢血液一般・生化学的検査 ②　エックス線検査	３～６か月に１回程度
③　シンチグラム、ＣＴ、ＭＲＩ等検査	医学的に特に必要があると認められる場合に限る

○　アフターケア手帳の有効期間

⑴　新規の交付

交付日から起算して３年間です。

⑵　更新による再交付

更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して１年間です。

08　人工関節・人工骨頭置換に係るアフターケア

○　趣　旨

人工関節及び人工骨頭を置換した方は、症状固定後においても人工関節と人工骨頭の耐久性やルースニング（機械的または感染）により症状発現するおそれがあることから、アフターケアを行うものです。

○　対象者

業務災害または通勤災害により、人工関節及び人工骨頭を置換した方で、労災保険法による障害（補償）給付を受けている方または受けると見込まれる方（症状固定した方に限る）のうち、医学的に早期にアフターケアの実施が必要であると認められる方

○　措置範囲

⑴　診　　察　・・・　原則として３～６か月に１回程度

⑵　保健指導　・・・　診察の都度

⑶　保健のための処置（薬剤の支給）

鎮痛・消炎薬（外用薬を含む）

⑷　対象となる検査

①　末梢血液一般・生化学的検査 ②　エックス線検査	３～６か月に１回程度
③　ＣＲＰ検査	１年に２回程度
④　シンチグラム検査	医学的に特に必要があると認められる場合に限る

○　アフターケア手帳の有効期間

⑴　新規の交付

交付日から起算して３年間です。

⑵　更新による再交付

更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して５年間です。

09　慢性化膿性骨髄炎に係るアフターケア

○　趣　旨

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方は、症状固定後においても骨髄炎が再燃するおそれがあることから、アフターケアを行うものです。

○　対象者

業務災害または通勤災害による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方であって、労災保険法による障害（補償）給付を受けている方または受けると見込まれる方（症状固定した方に限る）のうち、医学的に早期にアフターケアの実施が必要であると認められる方

○　措置範囲

⑴　診　　察　・・・　原則として１～３か月に１回程度

⑵　保健指導　・・・　診察の都度

⑶　保健のための処置（薬剤の支給）

①　抗菌薬（抗生物質、外用薬を含む）

②　鎮痛・消炎薬（外用薬を含む）

⑷　対象となる検査

①　末梢血液一般・生化学的検査	１～３か月に１回程度
②　細菌検査	診察の都度、必要に応じて実施
③　ＣＲＰ検査	１年に２回程度
④　エックス線検査	３～６か月に１回程度
⑤　シンチグラム、ＣＴ、ＭＲＩ等検査	医学的に特に必要があると認められる場合に限る

○　アフターケア手帳の有効期間

⑴　新規の交付

交付日から起算して３年間です。

⑵　更新による再交付

更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して１年間です

11　尿路系腫瘍に係るアフターケア

○　趣　旨

尿路系腫瘍にり患した方は、症状固定後においても再発する可能性が非常に高いため定期的な検査が必要となることから、アフターケアを行うものです。

○　対象者

業務に起因する尿路系腫瘍にり患し、労災保険法による療養補償給付を受けている方で、この尿路系腫瘍が症状固定したと認められる方のうち、医学的に早期にアフターケアの実施が必要であると認められる方

○　措置範囲

⑴　診　　察　・・・　原則として１か月に１回程度

⑵　保健指導　・・・　診察の都度

⑶　保健のための処置（薬剤の支給）

①　再発予防のための抗がん薬

医学的に特に必要と認められる場合にのみ行われ、投与期間は症状固定後１年以内とします。

②　抗菌薬（抗生物質を含む）

⑷　対象となる検査

①　尿検査（尿培養検査を含む） ②　尿細胞診検査	１か月に１回程度
③　内視鏡検査 ④　超音波検査 ⑤　腎盂造影検査 ⑥　ＣＴ検査	３～６か月に１回程度

○　アフターケア手帳の有効期間

⑴　新規の交付

交付日から起算して３年間です。

⑵　更新による再交付

更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して１年間です

14　外傷による末梢神経損傷に係るアフターケア

○　趣　旨

外傷により末梢神経を損傷した方は、症状固定後においても末梢神経の損傷に起因する激しい疼痛等の緩和を必要とすることがあることから、アフターケアを行うものです。

○　対象者

業務災害または通勤災害で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所疼痛症候群（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（傷病名に加え、末梢神経に損傷があることが医学的に判断できる場合）による激しい疼痛が残存する方で、神経系統の障害について、労災保険法による障害等級第１２級以上の障害（補償）給付を受けている方または受けると見込まれる方（症状固定した方に限る）のうち、医学的に早期にアフターケアの実施が必要であると認められる方

○　措置範囲

⑴　診　　察　・・・　原則として１か月に１～２回程度

⑵　保健指導　・・・　診察の都度

⑶　保健のための処置

ア　注射・・・１か月に２回を限度として神経ブロックを行うことができます。

（診察の結果、特に疼痛が激しく神経ブロックもやむを得ないと医師が判断した場合に限る）

イ　薬剤の支給

①　鎮痛・消炎薬（外用薬を含む）

②　末梢神経障害治療薬

③　神経障害性疼痛治療薬

④　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）

⑷　対象となる検査

①　末梢血液一般・生化学的検査 ②　尿検査	１か月に１回程度
③　エックス線検査 ④　骨シンチグラフィー検査	医学的に特に必要があると認められる場合に限り、１年に２回程度

○　アフターケア手帳の有効期間

⑴　新規の交付

交付日から起算して３年間です。

⑵　更新による再交付

更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して１年間です。

15　熱傷に係るアフターケア

○　趣　旨

熱傷の傷病者は、症状固定後においても傷痕による皮膚のそう痒、湿疹、皮膚炎等の後遺症状を残すことがあることから、アフターケアを行うものです。

○　対象者

業務災害または通勤災害による熱傷となった方で、傷痕（部分や大きさ）について労災保険法による障害等級第１４級以上の障害（補償）給付を受けている方または受けると見込まれる方（症状固定した方に限る）のうち、医学的に早期にアフターケアの実施が必要であると認められる方

○　措置範囲

⑴　診　　察　・・・　原則として１か月に１回程度

⑵　保健指導　・・・　診察の都度

⑶　保健のための処置（薬剤の支給）

①　鎮痛・消炎薬（外用薬を含む）
②　血行促進剤（外用薬を含む）
③　抗菌薬（外用薬を含む）
④　皮膚保湿剤
⑤　皮膚保護剤
⑥　抗アレルギー薬
⑦　末梢神経障害治療薬
⑧　神経障害性疼痛治療薬

⑷　対象となる検査

①　末梢血液一般・生化学的検査 ②　尿検査	１年に１回程度

○　アフターケア手帳の有効期間

⑴　新規の交付

交付日から起算して３年間です。

⑵　更新による再交付

更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して１年間です。

16　サリン中毒に係るアフターケア

○　趣　旨

特に異常な状況下で、強力な殺傷作用を有するサリンに中毒した方は、症状固定後においても、縮瞳、視覚障害、末梢神経障害、筋障害、中枢神経障害、心的外傷後ストレス障害等の後遺症状について増悪の予防、その他の医学的措置を必要とすることから、アフターケアを行うものです。

○　対象者

業務災害または通勤災害（いわゆる「地下鉄サリン事件」）によりサリン中毒となった方で、労災保険法による療養（補償）給付を受けて、サリン中毒が症状固定した方のうち、次の①～④に掲げる後遺症状によって、医学的に早期にアフターケアの実施が必要であると認められる方

①　縮瞳、視覚障害等の眼に関連する障害

②　筋萎縮、筋力低下、感覚障害等の末梢神経障害、筋障害

③　記憶力の低下、脳波の異常等の中枢神経障害

④　心的外傷後ストレス障害

○　措置範囲

⑴　診　　察　・・・　原則として１か月に１回程度

⑵　保健指導　・・・　診察の都度

⑶　保健のための処置

ア　精神療法とカウンセリングの実施

(ｱ)　後遺症状として心的外傷後ストレス障害があると認められる方について、専門の医師による精神療法とカウンセリングを行うことができます。

(ｲ)　アフターケアとして実施する精神療法とカウンセリングは、治療ではなく、後遺症状の増悪を防止するための保健上の措置であることから、その処置内容については、生活指導に重点を置いたものとします。

イ　薬剤の支給

①　点眼薬

②　神経系機能賦活薬

③　向精神薬

④　自律神経薬

⑤　鎮痛・消炎薬（外用薬を含む）

⑷　対象となる検査

①　末梢血液一般・生化学的検査 ②　尿検査 ③　視機能検査（眼底検査を含む） ④　末梢神経機能検査（神経伝達速度検査） ⑤　心電図検査 ⑥　筋電図検査 ⑦　脳波検査 ⑧　心理検査	１年に２回程度

○　アフターケア手帳の有効期間

⑴　新規の交付

交付日から起算して３年間です。

⑵　更新による再交付

更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して１年間です。

17　精神障害に係るアフターケア

○　趣　旨

業務災害、複数業務要因災害または通勤災害により精神障害（心理的負荷によるものに限る）を発病した方は、症状固定後においてもその後遺症状について増悪の予防、その他の医学的措置を必要とすることから、アフターケアを行うものです。

○　対象者

業務災害、複数業務要因災害または通勤災害により精神障害を発病した方で、労災保険法による療養（補償）給付または複数事業労働者療養給付を受けて、精神障害が症状固定した方のうち、次の①～④に掲げる後遺症状によって、医学的に早期にアフターケアの実施が必要であると認められる方

① 気分の障害（抑うつ、不安等）
② 意欲の障害（低下等）
③ 慢性化した幻覚性の障害または慢性化した妄想性の障害
④ 記憶の障害または知的能力の障害

○　措置範囲

⑴ 診　　察　・・・　原則として１か月に１回程度

⑵ 保健指導　・・・　診察の都度

⑶ 保健のための処置

ア　精神療法とカウンセリングの実施

(ｱ)　後遺症状として気分の障害または慢性化した幻覚性の障害もしくは慢性化した妄想性の障害があると認められる方については、診察の都度、必要に応じて、専門の医師による精神療法とカウンセリングを行うことができます。

(ｲ)　アフターケアとして実施する精神療法とカウンセリングは、治療ではなく、後遺症状の増悪を防止するための保健上の措置であることから、その処置内容については、生活指導に重点を置いたものとします。

イ　薬剤の支給

① 向精神薬
② 神経系機能賦活薬

⑷ 対象となる検査

①　心理検査 ②　脳波検査、ＣＴ、ＭＲＩ検査	１年に２回程度
③　末梢血液一般・生化学的検査	向精神薬を使用している場合に、１年に２回程度

○　アフターケア手帳の有効期間

⑴ 新規の交付

交付日から起算して３年間です。

⑵ 更新による再交付

更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して１年間です。

19　呼吸機能障害に係るアフターケア

○　趣　旨

呼吸機能障害を残す方は、症状固定後においても咳や痰等の後遺症状を残すため、その症状の軽減と悪化の防止を図る必要があることから、アフターケアを行うものです。

○　対象者

業務災害または通勤災害により呼吸機能障害を残す方で、労災保険法による障害（補償）給付を受けている方または受けると見込まれる方（症状固定した方に限る）のうち、医学的に早期にアフターケアの実施が必要であると認められる方

○　措置範囲

⑴　診　　察　・・・　原則として１か月に１回程度

⑵　保健指導　・・・　診察の都度

特に喫煙者に対しては、日常生活上の配慮として喫煙の禁止について指導します。

私病であるニコチン依存症の治療を行うことはできません。

⑶　保健のための処置（薬剤の支給）

①　去痰薬
②　鎮咳薬
③　喘息治療薬
④　抗菌薬（抗生物質を含む）
⑤　呼吸器用吸入薬、貼付薬
⑥　鎮痛・消炎薬（外用薬を含む）

⑷　対象となる検査

①　末梢血液一般・生化学的検査 ②　ＣＲＰ検査 ③　喀痰細菌検査 ④　スパイログラフィー検査 ⑤　胸部エックス線検査	１年に２回程度
⑥　血液ガス分析	１年に２～４回程度
⑦　胸部ＣＴ検査	１年に１回程度

○　アフターケア手帳の有効期間

⑴　新規の交付

交付日から起算して３年間です。

⑵　更新による再交付

更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して１年間です。

20　消化器障害に係るアフターケア

○　趣　旨

消化器を損傷した方で、症状固定後においても、消化吸収障害、逆流性食道炎、ダンピング症候群、腸管癒着、排便機能障害または膵機能障害（以下「消化吸収障害等」といいます。）の障害を残す方は、腹痛や排便機能障害等を発症するおそれがあること、また、消化器ストマ（大腸皮膚瘻、小腸皮膚瘻、人工肛門）を造設するに至った方は、反応性びらん等を発症するおそれがあることから、アフターケアを行うものです。

○　対象者

業務災害または通勤災害により、消化吸収障害等を残す方または消化器ストマを造設した方で、労災保険法による障害（補償）給付を受けている方または受けると見込まれる方（症状固定した方に限る）のうち、医学的に早期にアフターケアの実施が必要であると認められる方

○　措置範囲

⑴　診　　察　・・・　原則として１か月に１回程度
⑵　保健指導　・・・　診察の都度
⑶　保健のための処置

ア　ストマ処置

ストマを造設された方に、それぞれのストマの管理の方法を指導したり、管理の援助をすることです。

イ　外瘻の処置

軽微な外瘻が認められる方に対し、外瘻周辺の反応性びらん等の発症を予防するために実施するものです。

ウ　自宅等で使用するための滅菌ガーゼの支給

エ　薬剤の支給

①　整腸薬、止瀉薬
②　下剤、浣腸薬
③　抗貧血用薬
④　消化性潰瘍用薬
（逆流性食道炎が認められる場合に支給するもの）
⑤　蛋白分解酵素阻害薬
⑥　消化酵素薬
⑦　抗菌薬（抗生物質、外用薬を含む）
⑧　鎮痛・消炎薬（外用薬を含む）

⑷　対象となる検査

①　末梢血液一般・生化学的検査 ②　尿検査	３か月に１回程度
③　腹部超音波検査 ④　消化器内視鏡検査（ＥＲＣＰを含む） ⑤　腹部エックス線検査 ⑥　腹部ＣＴ検査	医学的に特に必要と認められる場合に限る

○　アフターケア手帳の有効期間

⑴　新規の交付

交付日から起算して３年間です。

⑵　更新による再交付

更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して１年間です。

21　頭頸部外傷症候群
22　頸肩腕障害　　に係るアフターケア
23　腰痛

○　趣　旨

頭頸部外傷症候群等の傷病者で、症状固定後においても神経に障害を残す場合は、季節、天候、社会環境等の変化に伴って症状に動揺をおこすことがあることから、アフターケアを行うものです。

○　対象者

- 業務災害または通勤災害により次の①～③に掲げる傷病にり患した方で、労災保険法による障害等級第９級以上の障害（補償）給付を受けている方または受けると見込まれる方（症状固定した方に限る）のうち、医学的に早期にアフターケアの実施が必要であると認められる方

①　頭頸部外傷症候群（傷病コード；21）
②　頸肩腕障害　　（傷病コード；22）
③　腰痛　　（傷病コード；23）（業務上疾病の腰痛）

- 障害等級第１０級以下の障害（補償）給付を受けている方のうち、医学的に特に必要があると認められる方

○　措置範囲

⑴　診　　察　・・・　原則として１か月に１回程度
⑵　保健指導　・・・　診察の都度
⑶　保健のための処置（薬剤の支給）

①　神経系機能賦活薬
②　向精神薬
※頭頸部外傷症候群（傷病コード；21）に限ります。
③　筋弛緩薬
④　鎮痛・消炎薬（外用薬を含む）
⑤　循環改善薬（鎮暈剤、血管拡張薬と昇圧薬を含む）
※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します。

⑷　対象となる検査

エックス線検査	各傷病について必要と認められる部位について、１年に１回程度

○　アフターケア手帳の有効期間

交付日から起算して２年間です。**なお、手帳の更新はできません。**

24　25　尿路系障害に係るアフターケア

○　趣　旨

尿道断裂や骨盤骨折等により、尿道狭さくの障害を残す方や尿路変向術等を受けた方は、症状固定後においても尿流が妨げられるため腎機能障害や尿路感染症を発症するおそれがあることから、アフターケアを行うものです。

○　対象者

業務災害または通勤災害により尿道狭さくの障害を残す方または尿路変向術を受けた方、または代用膀胱を造設された方で、労災保険法による障害（補償）給付を受けている方または受けると見込まれる方（症状固定した方に限る）のうち、医学的に早期にアフターケアの実施が必要であると認められる方

傷病コードの区分

24；**「尿道狭さく」**の障害を残す方または**「尿路変向術」**を受けた方

25；**「代用膀胱を造設」**された方

○　措置範囲

⑴　診　　察　・・・　原則として１～３か月に１回程度

⑵　保健指導　・・・　診察の都度

⑶　保健のための処置

ア　尿道ブジー（誘導ブジーを含む）

(ｱ)　シャリエ式尿道ブジー第 20 番がかろうじて通り、ときどき拡張術を行う必要があるものの回数は、１～４か月に１回程度とします。

(ｲ)　シャリエ式尿道ブジー第 16 番または第 19 番程度による拡張術が必要とするものの回数は、目標番数（通常 20 番）に達するまでの３～６か月は週１回程度とし、目標番数に達した後は、１～４か月に１回（尿道の状態確認のための尿道ブジー）とします。

(ｳ)　シャリエ式尿道ブジー15 番程度以下のブジーによる拡張術が必要とするものの回数は、上記(ｲ)と同様とします。

(ｴ)　糸状ブジーがかろうじて通るものは、再発として取り扱われるものです。

イ　尿路処置（導尿、膀胱洗浄、留置カテーテル設置・交換を含む）

医師が必要と認めた場合には、自宅等で使用するためのカテーテル、留置カテーテル（収尿袋を含む）、カテーテル用消毒液（洗浄剤と潤滑剤を含む）と滅菌ガーゼを支給できます。

ウ　薬剤の支給

①～⑤の薬剤については、尿道ブジーと尿路処置の実施の都度、必要に応じて１週間分程度支給できます。

①　止血薬

②　抗菌薬（抗生物質を含む）

③　自律神経薬

④　鎮痛・消炎薬

⑤　尿路処置用外用薬

⑥　排尿障害改善薬、頻尿治療薬

⑷　対象となる検査

①　尿検査（尿培養検査を含む）	１～３か月に１回程度
②　末梢血液一般・生化学的検査 ③　ＣＲＰ検査	１年に２回程度
④　エックス線検査 ⑤　腹部超音波検査	１年に１回程度
⑥　ＣＴ検査	代用膀胱を造設した方に対し、１年に１回程度

○　アフターケア手帳の有効期間

⑴　新規の交付

交付日から起算して３年間です。

⑵　更新による再交付

更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して１年間です。

26　27　慢性肝炎に係るアフターケア

○　趣　旨

慢性肝炎にり患した方で、症状固定後においてもウイルスの持続感染が認められる方は、肝炎の再燃または肝病変の進行をきたすおそれがあることから、アフターケアを行うものです。

○　対象者

業務災害または通勤災害によりウイルス肝炎にり患した方で、労災保険法による障害（補償）給付を受けている方または受けると見込まれる方（症状固定した方に限る）のうち、医学的に早期にアフターケアの実施が必要であると認められる方

傷病コードの区分

26；HBｅ抗原陽性とＣ型肝炎ウイルス感染

27；HBｅ抗原陰性

○　措置範囲

⑴　診　　察

ア　HBｅ抗原陽性の方とＣ型肝炎ウイルスに感染している方は、原則として１か月に１回程度

イ　HBｅ抗原陰性の方は、原則として６か月に１回程度

⑵　保健指導　・・・　診察の都度

⑶　対象となる検査

①　末梢血液一般検査	６か月に１回程度
②　生化学的検査	㋐　HBｅ抗原陽性者とＣ型肝炎ウイルス感染者は、１か月に１回程度 ㋑　HBｅ抗原陰性者は、６か月に１回程度
③　腹部超音波検査	６か月に１回程度
④　B型肝炎ウイルス感染マーカー ⑤　HCV抗体 ⑥　HCV－RNA同定（定性）検査 ⑦　AFP（α－フェトプロテイン） ⑧　PIVKA－Ⅱ ⑨　プロトロンビン時間検査 ⑩　ＣＴ検査	医学的に特に必要と認められる場合に限る

⑷　<u>薬剤の支給</u>

<u>認めておりません。</u>

本件傷病で薬剤の投与は、病態が進行している可能性がある場合、すなわち症状が固定していない状態において行うものであるとの見解があります。

○　アフターケア手帳の有効期間

⑴　新規の交付

交付日から起算して３年間です。

⑵　更新による再交付

更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して１年間です。

28　29　虚血性心疾患等に係るアフターケア

○　趣　旨

虚血性心疾患にり患した方とペースメーカまたは除細動器（以下「ペースメーカ等」といいます。）を植え込んだ方は、症状固定後においても、狭心症、不整脈、心機能障害が残存することが多く、また、植え込んだペースメーカ等は、身体条件の変化や機器の不具合等で不適正な機器の作動が生じるおそれがあることから、アフターケアを行うものです。

○　対象者

⑴　**虚血性心疾患にり患した方（傷病コード；28）**

- 業務災害または複数業務要因災害により虚血性心疾患にり患した方で、労災保険法による障害等級第９級以上の障害補償給付もしくは複数事業労働者障害給付を受けている方または受けると見込まれる方（症状固定した方に限る）のうち、医学的に早期にアフターケアの実施が必要であると認められる方
- 障害等級第１０級以下の障害補償給付または複数事業労働者障害給付を受けている方のうち、医学的に特に必要があると認められる方

⑵　**ペースメーカ等を植え込んだ方（傷病コード；29）**

業務災害、複数業務要因災害または通勤災害でペースメーカ等を植え込んだ方で、労災保険法による障害補償給付、複数事業労働者障害給付または障害給付を受けている方または受けると見込まれる方（症状固定した方に限る）のうち、医学的に早期にアフターケアの実施が必要であると認められる方

○　措置範囲

⑴　診　　察

ア　虚血性心疾患にり患した方

原則として１か月に１回程度

イ　ペースメーカ等を植え込んだ方

原則として１～３か月に１回程度

⑵　保健指導　・・・　診察の都度

⑶　保健のための処置

ア　ペースメーカ等の定期チェック

ペースメーカ等のパルス幅、スパイク間隔、マグネットレート、刺激閾値、感度等の機能指標の計測とともに、アフターケア上必要な指導を行うため、６か月～１年に１回程度実施します。

イ　薬剤の支給

①　抗狭心症薬
②　抗不整脈薬
③　心機能改善薬
④　循環改善薬（利尿薬を含む）
⑤　向精神薬

⑷　対象となる検査

ア　虚血性心疾患にり患した方（傷病コード；28）

①　末梢血液一般・生化学的検査 ②　尿検査 ③　心電図検査（安静時と負荷検査） ④　胸部エックス線検査	１か月に１回程度
⑤　ホルター心電図検査 ⑥　心臓超音波検査 ⑦　心臓核医学検査	医学的に特に必要と認められる場合に限る

イ　ペースメーカ等を植え込んだ方（傷病コード；29）

①　末梢血液一般・生化学的検査 ②　尿検査 ③　心電図検査（安静時と負荷検査）	１～６か月に１回程度
④　胸部エックス線検査	６か月に１回程度
⑤　ホルター心電図検査	１年に１回程度
⑥　心臓超音波検査 ⑦　心臓核医学検査	医学的に特に必要と認められる場合に限る

○　アフターケア手帳の有効期間

⑴　新規の交付

交付日から起算して３年間です。

⑵　更新による再交付

ア　虚血性心疾患にり患した方（傷病コード；28）

更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して１年間です。

イ　ペースメーカ等を植え込んだ方（傷病コード；29）

更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して５年間です。

30　31　32　33　34　脳の器質性障害に係るアフターケア

○　趣　旨

脳の器質的損傷が出現した方で、症状固定後においても精神または神経に障害を残す方は、季節、天候、社会環境等の変化に伴って症状に動揺をおこすことがあることから、アフターケアを行うものです。

○　対象者

◦　業務災害または通勤災害により次の①～⑤に掲げる傷病に由来する脳の器質性障害が残存した方で、労災保険法による障害等級第９級以上の障害補償給付、複数事業労働者障害給付または障害給付を受けている方または受けると見込まれる方（症状固定した方に限る）のうち、医学的に早期にアフターケアの実施が必要であると認められる方

①　一酸化炭素中毒（炭鉱災害によるものを除く）　（傷病コード；30）
②　外傷による脳の器質的損傷　（傷病コード；31）
③　減圧症　（傷病コード；32）
④　脳血管疾患　（傷病コード；33）
⑤　有機溶剤中毒等（一酸化炭素中毒（炭鉱災害によるものを含む）を除く）　（傷病コード；34）

◦　障害等級第１０級以下の障害補償給付、複数事業労働者障害給付または障害給付を受けている方のうち、医学的に特に必要があると認められる方

○　措置範囲

⑴　診　　察　・・・　原則として１か月に１回程度
⑵　保健指導　・・・　診察の都度
⑶　保健のための処置

ア　精神療法とカウンセリング

アフターケアとして実施する精神療法とカウンセリングは、治療ではなく、後遺症状の増悪を防止するための保健上の措置であることから、その処置内容については、生活指導に重点を置いたものとします。

イ　四肢麻痺等が出現した方は、褥瘡処置と尿路処置が必要となるため、次の処置と処置に伴う必要な材料の支給を行うことができます。

①　褥瘡処置

医師が必要と認めた場合には、自宅等で交換のために使用する滅菌ガーゼと絆創膏を支給できます。

②　尿路処置（導尿、膀胱洗浄、留置カテーテル設置・交換を含む）

医師が必要と認めた場合には、自宅等で使用するためのカテーテル、留置カテーテル（収尿袋を含む）、カテーテル用消毒液（洗浄剤と潤滑剤を含む）と滅菌ガーゼを支給できます。

ウ　薬剤の支給

①　神経系機能賦活薬

② 向精神薬
③ 筋弛緩薬
④ 自律神経薬
⑤ 鎮痛・消炎薬（外用薬を含む）
⑥ 抗パーキンソン薬
⑦ 抗てんかん薬
外傷性てんかんのある方と外傷性てんかん発症のおそれのある方に対して支給します。
⑧ 循環改善薬（鎮暈薬、血管拡張薬と昇圧薬を含む）
血液の循環の改善を必要とする方に対して必要に応じて支給します。

上記のほか、四肢麻痺等が出現した方については、褥瘡処置と尿路処置が必要となることから、次の薬剤を支給できます。

① 抗菌薬（抗生物質、外用薬を含む）
尿路感染者、尿路感染のおそれのある方と褥瘡のある方が対象です。
② 褥瘡処置用・尿路処置用外用薬
③ 排尿障害改善薬、頻尿治療薬
④ 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みます。
⑤ 末梢神経障害治療薬
⑥ 整腸薬、下剤、浣腸薬

なお、脳血管疾患に係るアフターケアの対象となるのは、脳血管疾患発症後における脳の血管性病変による器質的損傷による片麻痺等であり、私病である高血圧症、高脂血症、塞栓症の発症抑制等の基礎疾患については、アフターケアの対象とはなりません。

⑷ 対象となる検査

① 末梢血液一般・生化学的検査 ② 尿検査 ③ 脳波検査 ④ 心理検査	１年に１回程度
⑤ 視機能検査（眼底検査等も含む） （眼科学的検査）	１年に１回程度 （眼に関する病訴は、業務上の事由また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します）
⑥ 前庭平衡機能検査	１年に１回程度 （めまい感または身体平衡障害の病訴のある方に対して必要な場合に実施します）
⑦ 頭部のエックス線検査	１年に１回程度

⑧　頭部のＣＴ、ＭＲＩ等検査	医学的に特に必要と認められる場合に限り、１年に１回程度（いずれか１です。それぞれ１ではありません。）

上記のほか、四肢麻痺等が出現した方は、褥瘡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それぞれの範囲内で行うことができます。

①　尿検査（尿培養検査を含む）	診察の都度、必要に応じて実施
②　ＣＲＰ検査	１年に２回程度
③　膀胱機能検査（残尿測定検査を含む） 残尿測定検査は、超音波によるものを含みます。 ④　腎臓、膀胱、尿道のエックス線検査	１年に１回程度
⑤　麻痺域関節のエックス線、ＣＴ、ＭＲＩ等検査	医学的に特に必要があると認められる場合に限り、１年に１回程度（いずれか１回です。それぞれ１回ではありません。）

○　アフターケア手帳の有効期間

⑴　新規の交付

ア　一酸化炭素中毒（炭鉱災害によるものを除く）（傷病コード；30)、外傷による脳の器質的損傷（傷病コード；31)、減圧症（傷病コード；32）にり患した方

交付日から起算して２年間です。

イ　脳血管疾患（傷病コード；33)、有機溶剤中毒等（傷病コード；34）にり患した方

交付日から起算して３年間です。

⑵　更新による再交付

更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して１年間です。

35　36　37　循環器障害に係るアフターケア

○　趣　旨

心臓弁を損傷した方、心臓の病変を残す方及び人工弁または人工血管に置換した方は、症状固定後においても心機能の低下や、血栓の形成により循環不全や脳梗塞等をきたすおそれがあることから、アフターケアを行うものです。

○　対象者

⑴　心臓弁を損傷した方、心膜の病変の障害を残す方（傷病コード；35）

業務災害または通勤災害により、心臓弁を損傷した方、心膜の病変の障害を残す方で、労災保険法による障害（補償）給付を受けている方または受けると見込まれる方（症状固定した方に限る）のうち、医学的に早期にアフターケアの実施が必要であると認められる方

⑵　人工弁に置換した方（傷病コード；36）

業務災害または通勤災害により人工弁に置換した方で、労災保険法による障害（補償）給付を受けている方または受けると見込まれる方（症状固定した方に限る）のうち、医学的に早期にアフターケアの実施が必要であると認められる方

⑶　人工血管に置換した方（傷病コード；37）

業務災害または通勤災害により人工血管に置換した方で、症状固定した方のうち、医学的に早期にアフターケアの実施が必要であると認められる方

○　措置範囲

⑴　診　　察　・・・　原則として１～３か月に１回程度

⑵　保健指導　・・・　診察の都度

⑶　保健のための処置（薬剤の支給）

①　抗不整脈薬

②　心機能改善薬

③　循環改善薬（利尿薬を含む）

④　向精神薬

心臓弁を損傷した方及び人工弁に置換した方に対し支給するものです。

⑤　血液凝固阻止薬

人工弁または人工血管に置換した方に対し支給するものです。

⑷　対象となる検査

①　末梢血液一般・生化学的検査 ②　尿検査	１～６か月に１回程度
③　心電図検査（安静時及び負荷検査） ④　エックス線検査	３～６か月に１回程度
⑤　心音図検査	人工弁に置換した方に対し、３～６か月に１回程度
⑥　心臓超音波検査	人工弁または人工血管に置換した方に対し、１年に１回程度
⑦　ＣＲＰ検査	人工弁または人工血管に置換した方に対し、１年に２回程度

⑧　脈波図検査	人工血管に置換した方に対し、１年に１回程度
⑨　ＣＴまたはＭＲＩ検査	人工血管に置換した方に対し、医学的に特に必要と認められる場合に限る

○　アフターケア手帳の有効期間

⑴　新規の交付

交付日から起算して３年間です。

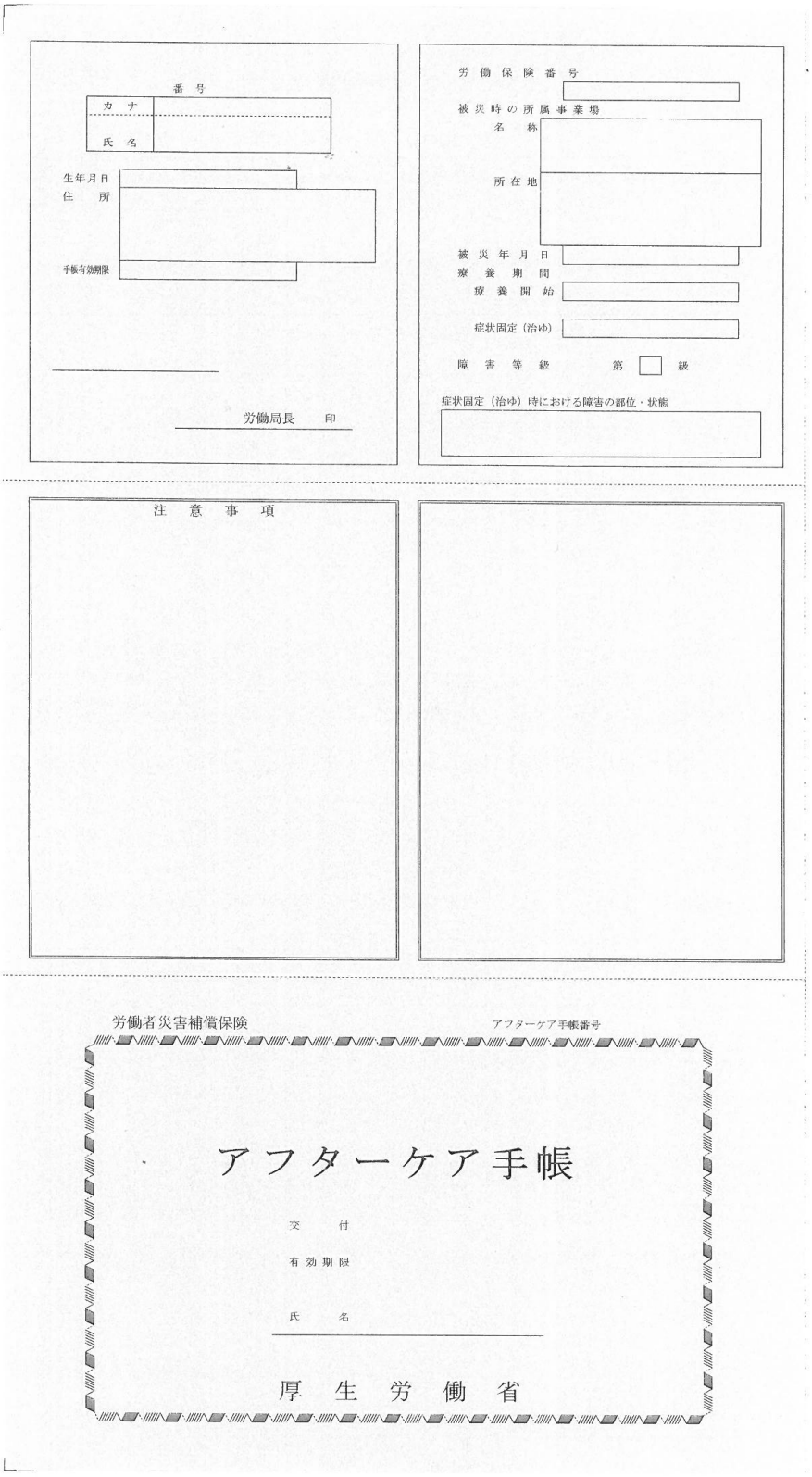
⑵　更新による再交付

ア　心臓弁を損傷した方及び心膜の病変の障害を残す方（傷病コード；35）

更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して１年間です。

イ　人工弁または人工血管に置換した方（傷病コード；36、37）

更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して５年間です。



「健康管理手帳」は「アフターケア手帳」に名称変更しています。また、「健康管理手帳番号」も「アフターケア手帳番号」に変更となっています。

※ 本記録は、医療機関等が記載します。

（裏面抜粋）

① アフターケア記録

措置の種別	措置年月日	措置の結果	医療機関認印
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		

②

措置の種別	措置年月日	措置の結果	医療機関認印
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		

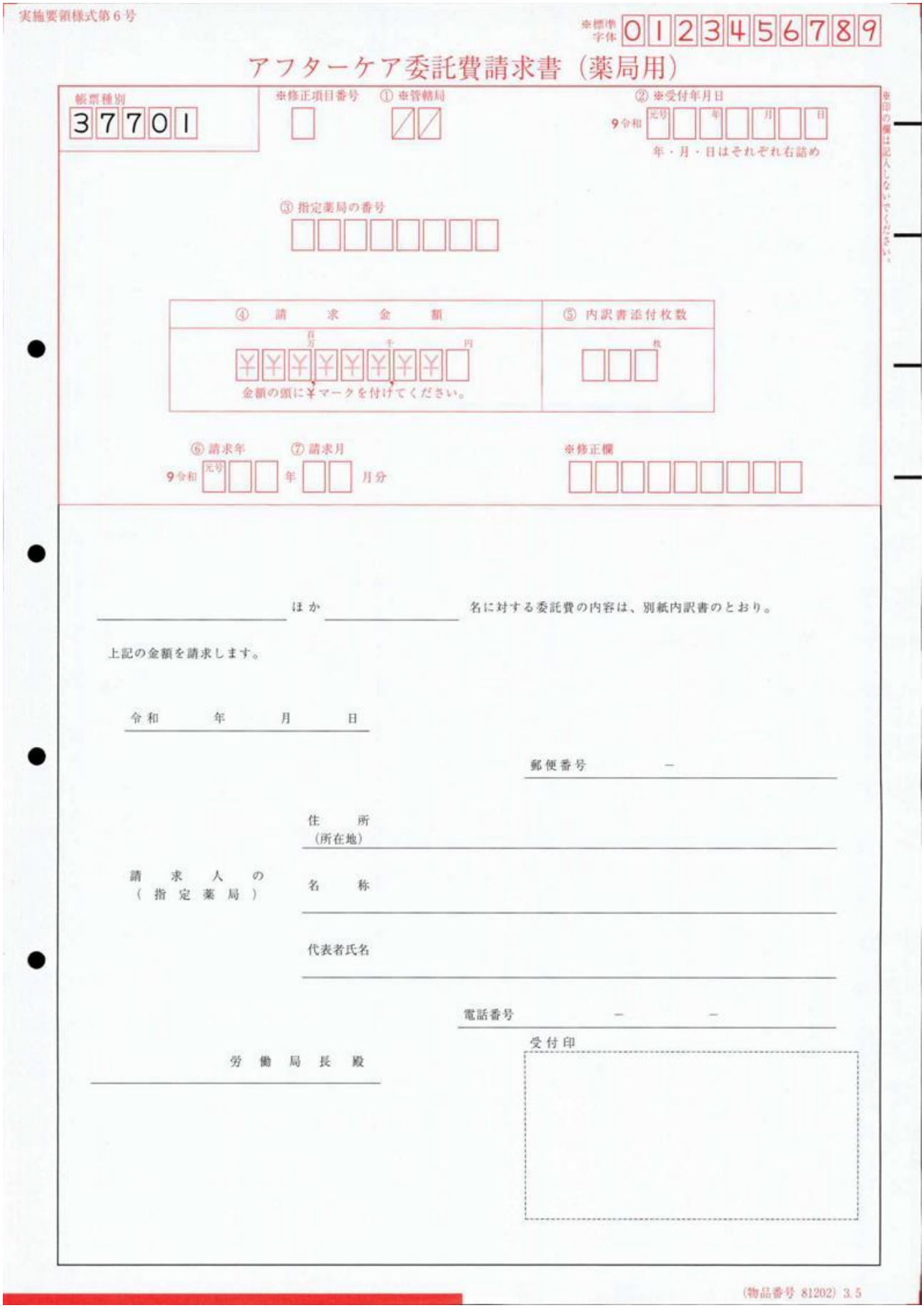
（裏面記入見本）

① アフターケア記録

措置の種別	措置年月日	措置の結果	医療機関認印
調剤	○年○月○日	薬剤支給	薬局名称
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		

措置の種別	措置年月日	措置の結果	医療機関認印
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		

・アフターケア委託費請求書（薬局用）



実施要領様式第６号

※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書（薬局用）

帳票種別 37701

※修正項目番号 □

① ※管轄局 ／／

② ※受付年月日 9令和 元号 □ 年 □ 月 □ 日

年・月・日はそれぞれ右詰め

※印の欄は記入しないでください。

③ 指定薬局の番号 □□□□□□□

④ 請求金額	⑤ 内訳書添付枚数
百万 千 円 ¥ ¥ ¥ ¥ ¥ ¥ ¥ ¥ □	枚 □□□
金額の頭に¥マークを付けてください。	

⑥ 請求年 9令和 元号 □□ 年

⑦ 請求月 □□ 月分

※修正欄 □□□□□□□□□

＿＿＿＿＿＿ ほか ＿＿＿＿＿＿ 名に対する委託費の内容は、別紙内訳書のとおり。

上記の金額を請求します。

令和　　年　　月　　日

郵便番号　　－

住所（所在地）

請求人の（指定薬局）　名称

代表者氏名

電話番号　　－　　－

受付印

労働局長　殿

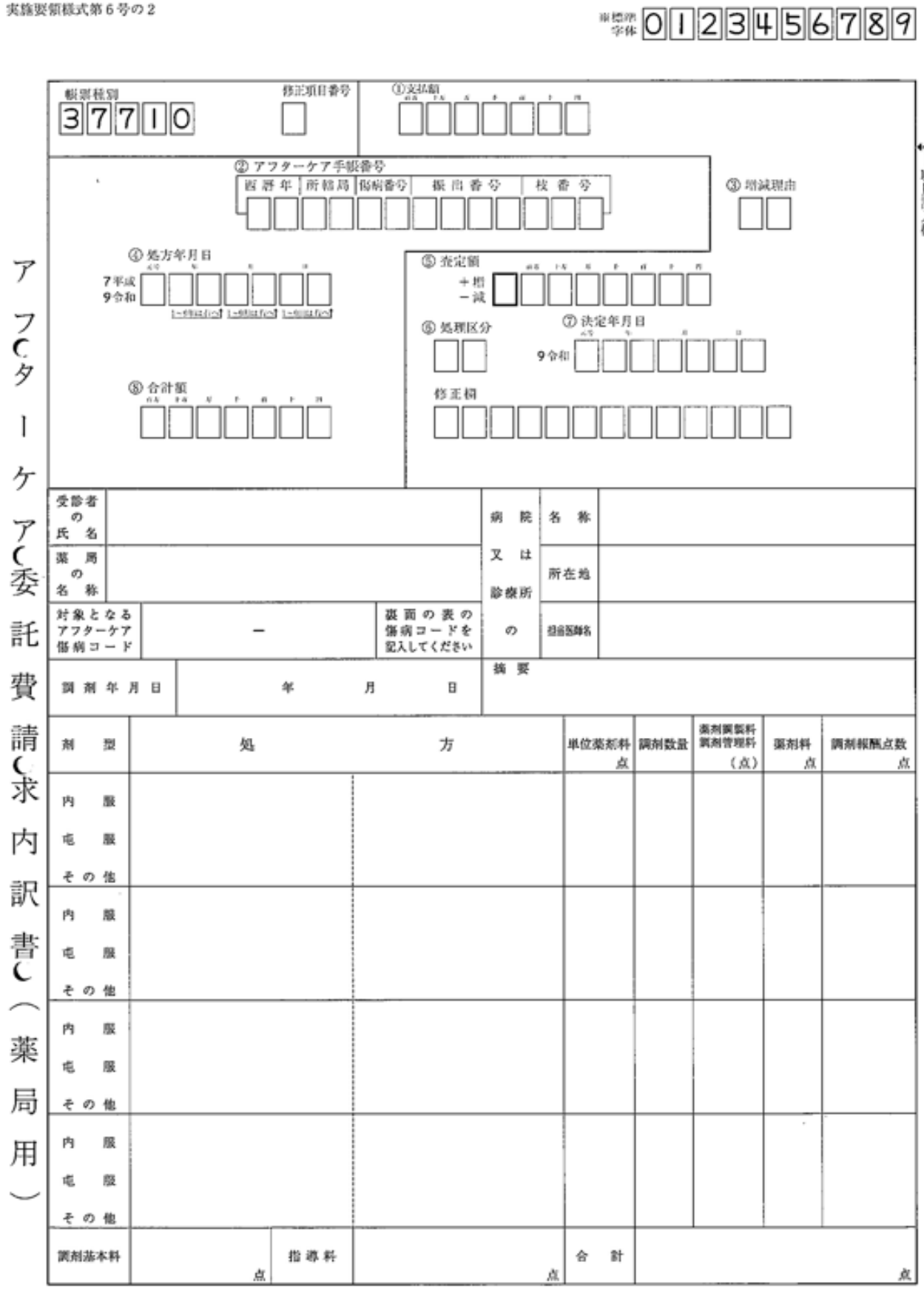
（物品番号 81202）3.5

（注意）・コピーして使用することは出来ません。

・請求書と請求内訳書は「ホッチキス止め」しないでください。

・アフターケア委託費請求内訳書（薬局用）　　（表面）

実施要領様式第６号の２



（注意）・コピーして使用することは出来ません。
・請求書と請求内訳書は「ホッチキス止め」しないでください。
・他の用紙を糊付けしないでください。

「対象となるアフターケア傷病コード表」

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

※　頭頸部外傷症候群等、尿路系障害、慢性肝炎、虚血性心疾患等、脳の器質性障害及び循環器障害に係るアフターケアについては、各傷病内における該当する傷病コードを表面の記入欄に記入してください。

お　願　い

○　この用紙は、機械で直接処理しますので、折り曲げたり汚したり、また他の用紙を糊付けしないでください。

○　小枠内は、黒ボールペンで、枠からはみ出さないように、表面の右上にある標準字体にならって、ていねいに記入してください。

○　この用紙は、直射日光・湿気をさけて保管してください。

（注意）・コピーして使用することは出来ません。
・請求書と請求内訳書は「ホッチキス止め」しないでください。
・他の用紙を糊付けしないでください。

アフターケア委託費請求書（薬局用）の記載例

※数字は請求書右上の「標準字体」により記入してください。

兵施安則様式第９号

※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書（薬局用）

帳票種別 3 7 7 0 1

※修正項目番号 □

① ※管轄局 ／／

② ※受付年月日 □□ 年 □□ 月 □□ 日 ・月・日はそれぞれ右詰め

※印の欄は記入しないでください。

労災指定薬局の番号を記入してください。

③ 指定薬局の番号 2 8 4 x x x x x

訂正できません

④ 請求金額	⑤ 内訳書添付枚数
百万 千 円 ¥ ¥ ¥ ¥ 6 7 8 9 0 金額の頭に¥マークを付けてください。	□□□ 枚

請求内訳書の件数を記入。別紙などは含めないでください。

⑥ 請求年 9令和 9 □ 7 年　⑦ 請求月 X X 月分

複数月分をまとめて請求するときは最新の調剤年月を記入してください。

兵庫太郎 ほか 4 名に対する委託費の内容は、別紙内訳書のとおり。

上記の金額を請求します。

令和 X 年 X 月 X 日

郵便番号 XXX － XXXX

請求人の（指定薬局）

住所（所在地） ○○市△△町 1-2-3

名称 ○○ 薬局

代表者氏名 △△ △△

労災指定薬局の住所、名称、代表者氏名、電話番号を記入してください。

電話番号 XXX － XXX － XXXX

○○ 労働局長 殿

受付印

（物品番号 81202）4.5

アフターケア委託費請求内訳書(薬局用)の記載例

実施要領様式第６号の２

※標準字体

アフターケア委託費請求内訳書（薬局用）

帳票種別	修正項目番号	① 支払額
37710		百万 千 円

② アフターケア手帳番号

西暦年	所轄局	傷病番号	振出番号	枝番号
00	XX	01	00002	000

④ 処方年月日

7平成 9令和 元号 9 年 7 月 XX 日

年・月・日はそれぞれ右詰め

⑤ 査定額

＋増 －減 百万 千 円

⑥ 処理区分

⑦ 決定年月日

9令和 元号 年 月

⑧ 合計額 ※ ¥マーク不要

百万 00000 円

修正欄

受診者の氏名	兵庫 太郎	病院又は診療所の	名称	△△病院
薬局の名称	○○ 薬局		所在地	○○市XX町2-3
対象となるアフターケア傷病コード	01	裏面の表の傷病コードを記入してください	担当医師名	労災 一郎
調剤年月日	年 月 日		摘要	

剤型	処方		単位薬剤料	調剤数量	薬調剤
内服 屯服 その他					
内服 屯服 その他					
内服 屯服 その他					
内服 屯服 その他					
調剤基本料	点	指導料 点	合計	点	

アフターケア手帳番号は、更新または再交付ごとに枝番号が変わるため、病院または診療所において処方した年月日の時点でのアフターケア手帳番号を記入してください。
この場合、当該アフターケア手帳の有効期間外の処方は認められませんので注意してください。

処方年月日は病院または診療所において処方した年月日を記入してください。

調剤年月日は薬局において調剤した年月日を記入してください。

アフターケア手帳番号の傷病番号を記入してください。

薬剤師法第 24 条に基づき確認した場合はその結果を記入してください。
夜間・休日等加算の場合は「(処方せん)受付時刻」を記入してください。

(物品番号 81205) 6.5

注）１回の処方につき、１枚のレセプトを作成してください。