

## 労災保険関係様式



## 労災保険関係様式

### (診療費請求関係様式)

労災リハビリテーション評価計画書 .....	77
指導管理箋(別紙様式1~4) .....	78
労災リハビリテーション実施計画書(別紙様式5) .....	82
早期社会復帰のための指導項目(別紙様式6) .....	83

### (診療費請求書及び診療費請求内訳書)

診機様式第1号	労働者災害補償保険診療費請求書.....	84
診機様式第1号の2	検査に要した費用等請求書(指定医療機関用) .....	85
診機様式第2号	診療費請求内訳書(入院用) .....	86
診機様式第3号	診療費請求内訳書(入院外用) .....	87
診機様式第4号	診療費請求内訳書 傷(入院用) .....	88
診機様式第5号	診療費請求内訳書 傷(入院外用) .....	89
	診療費請求内訳書(続紙) .....	90

### (給付請求書関係)

#### 業務災害用

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.....	91
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	93
様式第7号(1)	療養補償給付及び複数事業労働者療養給付たる療養の費用請求書.....	95
様式第8号	休業補償給付支給請求書・休業特別支給金支給申請書.....	97
様式第8号(別紙1~3)	平均賃金算定内訳書 他 .....	99
様式第10号	障害補償給付支給請求書・障害特別支給金支給申請書.....	103

#### 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 .....	107
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 .....	109
様式第16号の5(1)	療養給付たる療養の費用請求書 .....	111
様式第16号の6	休業給付支給請求書・休業特別支給金支給申請書 .....	113
様式第16号の6(別紙1~3)	平均賃金平均内訳書 他 .....	115
様式第16号の7	障害給付支給請求書・障害特別支給金支給申請書 .....	119

### (診断書関係様式)

年金通知様式第2号の1	診断書(じん肺用) .....	123
年金通知様式第3号	診断書(せき髄損傷用) .....	125
年金通知様式第4号	診断書(じん肺・せき髄損傷以外用) .....	126
年金通知様式第7号	障害の状態に関する診断書 .....	127
振動様式第2号	振動障害診断所見書 .....	128
振動様式第3号	振動障害に関する意見書 .....	132
岩適様式第3号	症状等の照会について(初回) .....	134
岩適様式第4号	症状固定等に関する照会について .....	135



## 労災リハビリテーション評価計画書

患者氏名：	男・女	生年月日（西暦）	年	月	日
原因疾患					
[ 心大血管疾患・脳血管疾患等・運動器・呼吸器（該当するものに をして下さい）] リハビリテーション起算日（発症日、手術日、急性増悪の日、治療開始日） <div style="text-align: center;">                     年            月            日                 </div>					
現在の評価及び前回評価計画書作成日（    年    月    日）からの改善・変化等					
治療目標等 （１）標準的算定日数を超えて行うべき医学的所見（必要性・医学的效果等）          （２）目標到達予想時期：            年            月頃  （３）その他特記事項					
評価計画書作成日：            年            月            日					
医療機関名				医師	

注 前回評価計画書作成日からの改善・変化等の記載については、初回評価計画書作成日においては不要であること。

# 指導管理箋

労働者災害補償保険

第 回 目

氏名		生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和	年 月 日	男・女
負傷又は発病年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	傷病名		
休業前の職種		(深夜勤) 有・無	復帰を希望する職種	原職・事務職・その他( )	

## 就労に当たって必要な指導事項

- 1 職務内容変更の必要性  
 あり(理由: ) なし
- 2 作業制限の必要性(職務内容変更ありの場合、作業制限の有無)  
 軽作業可 一般事務可 肉体労働の制限 普通勤務可 その他( )  
 ( ~ の場合その期間(推定)  
 令和 年 月 頃まで )
- 3 勤務時間調整の必要性  
 あり(1日 時間まで、週 時間まで) なし  
 \* なしの場合、時間外勤務調整の必要性  
 あり(1日 時間まで、週 時間まで) なし 深夜勤不可
- 4 遠隔地出張(宿泊を伴うもの、海外出張など)の制限の必要性  
 あり(制限( )・禁止) なし
- 5 自動車運転・危険を伴う機械操作等、作業内容制限の必要性  
 あり( ) なし
- 6 対人業務の制限の必要性  
 あり( ) なし
- 7 その他就労に当たって配慮しなければならない事項等について  
 (例: 職責の大きさ、労働密度、職場での人間関係)  
 ( )

## 就労に当たって必要とされる療養に関する指導事項

- 1 就労に当たって必要とされる療養に関する指導事項  
 ( )
- 2 今後の療養の予定  
 月に 回程度の診療予定

令和 年 月 日

所在地 \_\_\_\_\_

病院又は \_\_\_\_\_

名称 \_\_\_\_\_

診療所の \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_

(注) この指導管理箋は、入院治療後通院療養を継続しながら就労が可能と医師が認める者又は入院治療を伴わず通院療養を2か月以上継続している者で就労が可能と医師が認める者に対し、就労に当たっての療養上必要な指導事項及び就労上必要な指導事項を記載するものです。

指導管理箋(産業医提出用)

労働者災害補償保険

第 回 目

氏名		生年月日	明治 昭和 平成 令和	年	月	日	男・女
休業前の 職種	(深夜勤 有・無)	復帰を希望 する職種	原職・事務職・その他( )				
病名	(1. ) (2. )						
発症(受傷)年月日	( 年 月 日・不明 )	初診年月日	( 年 月 日 )				
初診時症状	〔 〕						
入院	( 年 月 日 )	~	( 年 月 日 )				
通院	( 年 月 日 )	~	( 年 月 日 )				
病状経過	( 不変・改善傾向・軽快・寛解・その他( ) )						
現在の症状	〔 〕						
現在の治療内容(薬剤の内容を含む。)に関する特記事項							
今後の治療予定 ( 入院・入院及び通院・通院・治療不要 )							
入院	( 年 月 日 )	~	( 年 月 日 )				
通院	( 年 月 日 )	~	( 年 月 日 )	1月に	回程度		
症状固定の見込み	年	月頃					
就労に当たって勤務内容に対する意見							
1	勤務可能(条件なし)						
2	勤務可能(条件あり) [ 条件のある期間 令和 年 月頃まで ]						
ア	職務内容の変更 不要・要						
イ	作業内容の制限 不要・要(軽作業可・一般事務可・肉体労働のみ制限・普通勤務可・その他( ) )						
ウ	時間外労働の禁止・軽減 不要・要(特記事項: )						
エ	遠隔地出張(宿泊を伴うもの、海外出張など)の禁止・軽減 不要・要(特記事項: )						
オ	自動車運転・危険を伴う機械操作等の制限 不要・要(特記事項: )						
カ	対人業務の制限 不要・要(特記事項: )						
キ	その他勤務内容に対する意見(例:職責の大きさ、労働密度、職場での人間関係) ( )						
就労に当たって必要な職場での留意点							

上記のとおり診断します。

令和 年 月 日

所在地 \_\_\_\_\_

病院又は

名称 \_\_\_\_\_

診療所の

医師名 \_\_\_\_\_

## 指導管理箋

労働者災害補償保険

第 回 目

氏名		生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和	年 月 日	男・女
負傷又は 発病年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	傷病名		
休業前の 職種	(深夜勤) 復帰を希望 (有・無) する職種		原職・事務職・その他( )		

### 就労に当たって必要な指導事項

- 1 職務内容変更の必要性  
 あり(理由: ) なし
- 2 作業制限の必要性(職務内容変更ありの場合、作業制限の有無)  
 軽作業可 一般事務可 肉体労働のみ制限 普通勤務可 その他( )  
 ( ~ の場合その期間(推定)  
 令和 年 月 頃まで )
- 3 勤務時間調整の必要性  
 あり(1日 時間まで、週 時間まで) なし  
 \* なしの場合、時間外勤務調整の必要性  
 あり(1日 時間まで、週 時間まで) なし 深夜勤不可
- 4 遠隔地出張(宿泊を伴うもの、海外出張など)の制限の必要性  
 あり(制限( )・禁止) なし
- 5 自動車運転・危険を伴う機械操作等、作業内容制限の必要性  
 あり( ) なし
- 6 その他就労に当たって配慮しなければならない事項等について  
 ( )

### 就労に当たって必要とされる療養に関する指導事項

- 1 就労に当たって必要とされる療養に関する指導事項  
 ( )
- 2 今後の療養の予定  
 月に 回程度の診療予定

令和 年 月 日

所在地 \_\_\_\_\_

病院又は

名称 \_\_\_\_\_

診療所の

医師名 \_\_\_\_\_

(注) この指導管理箋は、入院治療後通院療養を継続しながら就労が可能と医師が認める者又は入院治療を伴わず通院療養を2か月以上継続している者で就労が可能と医師が認める者に対し、就労に当たっての療養上必要な指導事項及び就労上必要な指導事項を記載するものです。



労働者災害補償保険 **指導管理箋(産業医提出用)** 第 回 目

氏名		生年月日	明治 昭和 平成 令和	年	月	日	男・女
休業前の 職種		(深夜勤 有・無)	復帰を希望 する職種	原職・事務職・その他( )			
病名	(1. ) (2. )						
発症(受傷)年月日	( 年 月 日・不明 )		初診年月日	( 年 月 日 )			
初診時症状	〔 〕						
入院	( 年 月 日 )		～	( 年 月 日 )			
通院	( 年 月 日 )		～	( 年 月 日 )			
病状経過	( 不変・改善傾向・軽快・寛解・その他( ) )						
現在の症状	〔 〕						
現在の治療内容(薬剤の内容を含む。)に関する特記事項							
今後の治療予定 ( 入院・入院及び通院・通院・治療不要 )							
入院	( 年 月 日 )		～	( 年 月 日 )			
通院	( 年 月 日 )		～	( 年 月 日 ) 1月に 回程度			
症状固定の見込み	年 月頃						
就労に当たって勤務内容に対する意見							
1	勤務可能(条件なし)						
2	勤務可能(条件あり) [ 条件のある期間 令和 年 月頃まで ]						
ア	職務内容の変更 不要・要						
イ	作業内容の制限 不要・要(軽作業可・一般事務可・肉体労働のみ制限・普通勤務可・その他( ) )						
ウ	時間外労働の禁止・軽減 不要・要(特記事項: )						
エ	遠隔地出張(宿泊を伴うもの、海外出張など)の禁止・軽減 不要・要(特記事項: )						
オ	自動車運転・危険を伴う機械操作等の制限 不要・要(特記事項: )						
カ	その他勤務内容に対する意見 ( )						
就労に当たって必要な職場での留意点							

上記のとおり診断します。

令和 年 月 日

所在地 \_\_\_\_\_  
病院又は \_\_\_\_\_  
診療所の \_\_\_\_\_  
医師名 \_\_\_\_\_

労災リハビリテーション実施計画書

患者氏名	男・女			年生 ( 歳)		計画評価実施日 年 月 日		
リハ担当医	PT	OT	ST					
原因疾患(発症・受傷日)				合併疾患・コントロール状態(高血圧, 心疾患, 糖尿病等)				

評価項目・内容(コロン(:)の後に具体的内容を記入)

心身機能・構造	意識障害:(3-3-9: ) 認知症: 中枢性麻痺 (ステージ・グレード)右上肢: 右手指: 右下肢: 左上肢: 左手指: 左下肢: 筋力低下(部位, MMT: )	失行・失認: 音声・発話障害( 構音障害, 失語症:種類 ) 摂食機能障害: 排泄機能障害: 拘縮: 褥瘡: 起立性低血圧:
	基本動作 立位保持(装具: ) 手放し, つかまり, 不可 平行棒内歩行(装具: ) 独立, 一部介助, 非実施 訓練室内歩行(装具: ) 独立, 一部介助, 非実施	

自立度 ADL・ASL等	日常生活(病棟)実行状況:「している『活動』」					訓練時能力:「できる『活動』」				
	自立	監視	一部介助	全介助	非実施	自立	監視	一部介助	全介助	非実施
屋外歩行										
病棟トイレへの歩行										
病棟トイレへの車椅子駆動										
車椅子・ハット間移乗										
椅子座位保持										
ハット起き上がり										
排尿(昼)										
排尿(夜)										
食事										
整容										
更衣										
装具・靴の着脱										
入浴										
コミュニケーション										

活動度 日中臥床: 無, 有(時間帯: ) 理由 )  
日中座位: 椅子, 車椅子, ベッド上, キャッチアップ

職業( 無職, 病欠中, 休職中, 発症後退職, 退職予定) これまでの職種・業種・仕事内容: これまでの通勤方法: 復職希望 現職復帰 転職 その他: 経済状況:	社会参加(内容・頻度等, 発症前状況を含む。)
--	-------------------------

目標	復職 現職復帰 転職 不可 その他: 仕事内容の変更 無 有: 通勤方法の変更 無 有: 職場復帰に向けた目標:	本人の希望 家族の希望
方針		リハビリテーション終了の目安・時期

具体的アプローチ

本人・家族への説明 年 月 日	本人サイン	家族サイン	説明者サイン
-----------------	-------	-------	--------

(記入上の留意点)  
1 「評価項目・内容」の「参加」欄の「これまでの職種・業種・仕事内容」、「これまでの通勤方法」、「復職希望」を記入すること。  
2 「目標」欄には、傷病労働者のこれまでの仕事内容、これまでの通勤方法、復職希望等を踏まえ、仕事内容及び通勤方法の変更の必要性を判断し、「職場復帰に向けた目標」を設定の上、記入すること。  
3 「具体的アプローチ」欄には、傷病労働者の「職場復帰に向けた目標」を踏まえ、業務内容・通勤方法等を考慮したアプローチ(キーボードの打鍵やバスへの乗車等)を記入すること。



# 労働者災害補償保険診療費請求書

※印の欄は記入しないでください。

帳票種別 <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/>	※修正項目番号 <input type="text" value=""/>	① 指定病院等の番号 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	② ※受付年月日 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <small>1-9月は左へ 1-9月は左へ 1-9月は左へ</small>
③ 請求金額 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <small>千 百 十 百 十 百 十 百 十 百</small> <small>金額の頭に¥マークを付けてください。</small>		④ 内訳書添付枚数 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <small>枚</small>	
⑤ 請求年 <small>ただし、1限大額特例 1-9月は左へ</small> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 年	⑥ 請求月 <small>1-9月は左へ</small> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 月分	※修正欄 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	

\_\_\_\_\_ほか\_\_\_\_\_名に対する診療費の内訳は、別紙内訳書のとおり。

上記の金額を請求します。

\_\_\_\_\_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

検査に要した費用等請求書 (指定医療機関用)

※印の欄は記入しないでください。

帳票種別 <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text" value="3"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text" value="4"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text" value="7"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text" value="2"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text" value="0"/>	※修正項目番号 <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	① 指定病院等の番号 <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	② ※受付年月日 年 <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> 月 <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> 日 <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <small>1~9月は左へ 1~9月は左へ 1~9日は右へ</small>
③ 請求金額 千 百 十 円 十 百 十 円 <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> 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 <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	
⑤ 請求年 年 <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> 年 <small>1~9月は左へ</small>	⑥ 請求月 月 <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> 月分 <small>1~9月は左へ</small>	※修正欄 <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	

ただし、

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
明大開学後

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  
 ( \_\_\_\_\_ 署分)

電話番号 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

受付印  
 \_\_\_\_\_

指定病院  
等の番号

病院等  
の名称

① 新継再別 1 初診 3 転院 5 離院 7 再診	② 転帰事由 1 治癒 3 継続 5 死亡 7 死亡	③ 支払額 百 十 千 百 十 円 ④ 増減コード及び増減額 百 十 千 百 十 円 ⑤ 増減理由 ⑥ 決定年月日 ⑦ 処理区分
④ 労働保険番号 ⑧ 生年月日 ⑨ 傷病年月日 ⑩ 療養期間 ⑪ 診察実日数		⑫ 増減理由 ⑬ 決定年月日 ⑭ 処理区分

職員記入欄(この欄は記入しないでください)

診 療 費 請 求 内 訳 書 (入院用)

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	
診療内容	点数(点)	診療内容
⑪ 初診 時間外・休日・深夜		⑪ 初 診
⑬ 指導		⑫ 円
⑭ 在宅		⑬ 円
⑯ 投薬	単位	⑭ その他
⑰ ⑲ 内服	単位	小 計
⑰ ⑲ 屯服	単位	⑮ 円
⑰ ⑲ 外用	単位	⑯ 食事
⑰ ⑲ 調剤	日	基準
⑰ ⑲ 麻毒	日	円× 回
⑰ ⑲ 調基	日	円× 回
⑳ 注射	回	円× 日
㉑ 皮下筋肉内	回	食事療養
㉒ 静脈内	回	回
㉓ その他	回	円
㉔ 処置	回	摘 要
㉕ 薬剤	回	
㉖ 麻酔	回	
㉗ 薬剤	回	
㉘ 検査	回	
㉙ 薬剤	回	
㉚ 検査	回	
㉛ 薬剤	回	
㉜ その他	回	
入院年月日	年 月 日	
病 診 衣	⑲ 入院基本料・加算	
	× 日間	
	× 日間	
	× 日間	
	× 日間	
	⑳ 特定入院料・その他	
小 計	点 ⑰	円



① 新継再別 1 初診 3 転院 5 継診 7 再診	② 転帰事由 1 治癒 3 継続 4 死亡 5 転院 6 再診	③ 支払額 百 十 千 万 円 ④ 増減理由 ⑤ 決定年月日 ⑥ 増減理由 ⑦ 決定年月日 ⑧ 増減理由 ⑨ 決定年月日 ⑩ 増減理由 ⑪ 決定年月日
④ 労働保険番号 ⑤ 生年月日 ⑥ 傷病年月日 ⑦ 療養期間 ⑧ 診療実日数	⑨ 府県 ⑩ 所管 ⑪ 管轄 ⑫ 基幹 ⑬ 番号 ⑭ 枝番号	⑯ 増減理由 ⑰ 決定年月日 ⑱ 増減理由 ⑲ 決定年月日 ⑳ 増減理由 ㉑ 決定年月日

職員記入欄(この欄は記入しないでください)

診療費請求書(入院外用)

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	

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	摘要
⑫ 再診 外来管理加算	×	⑫ 再診	円	
⑫ 再診 時間外	×	⑬ 指導	円	
⑫ 再診 休日	×	⑭ その他	円	
⑫ 再診 深夜	×			
⑬ 指導		小計	円	
⑭ 在宅 往診	回			
⑭ 在宅 夜間	回			
⑭ 在宅 緊急・深夜	回			
⑭ 在宅 在宅患者訪問診療	回			
⑭ 在宅 その他				
⑭ 在宅 薬剤				
⑮ 投薬 ⑲ 内服薬剤	×			
⑮ 投薬 ⑲ 調剤				
⑮ 投薬 ⑲ 屯服薬剤				
⑮ 投薬 ⑲ 外用薬剤				
⑮ 投薬 ⑲ 調剤	×			
⑮ 投薬 ⑲ 処方	×			
⑮ 投薬 ⑲ 麻毒				
⑮ 投薬 ⑲ 調基				
⑯ 注射 ⑳ 皮下筋肉内	回			
⑯ 注射 ㉑ 静脈内	回			
⑯ 注射 ㉒ その他	回			
⑰ 処置 ⑳ 薬剤	回			
⑱ 麻酔 ㉑ 薬剤	回			
⑲ 検査 ㉒ 薬剤	回			
⑲ 画像 ㉓ 薬剤	回			
⑲ その他 ㉔ 処方せん	回			
⑲ その他 ㉕ 薬剤				
小計	点 ①		円	

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 新継再別 1 新規 5 継続 7 再発	② 転帰事由 1 治癒 3 継続 5 転院 7 中止 9 死亡	③ 支払額 百 十 千 百 十 十 円
④ 管轄局種別 西暦年 番 号 年 金 証 書 の 番 号	⑤ 増減コード及び増減額 増 十 減	⑥ 増減理由 ⑦ 処理区分
⑧ 療養期間 1 明治 3 大正 7 昭和 9 令和	⑨ 診療実日数 日	⑩ 決定年月日
⑪ 合計額 ①+②+③	修正欄	

職員記入欄(この欄は記入しないでください)

診  
療  
費  
請  
求  
内  
訳  
書  
(入院用)

労働者の氏名 明・大・昭・平・令 ( 歳 ) 年 月 日生	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 ⑬ 指導 ⑭ 在宅	⑮ 点数(点)	⑮ 初 診 円 ⑯ その他 円 小 計 ⑰ 円 ⑱ 食事 基準 円× 回 円× 回 円× 日 食事療養 回 ⑲ 円 備 考
⑲ 投薬 ⑲ ① 内服 単位 ⑲ ② 屯服 単位 ⑲ ③ 外用 単位 ⑲ ④ 調剤 日 ⑲ ⑤ 麻毒 日 ⑲ ⑥ 調基	⑲ 注射 ⑲ ① 皮下筋肉内 回 ⑲ ② 静脈内 回 ⑲ ③ その他 回 ⑲ ④ 処置 回 ⑲ ⑤ 麻酔 回 ⑲ ⑥ 検病 回 ⑲ ⑦ 画像 回 ⑲ ⑧ その他	⑲ 入院年月日 年 月 日 病 診 衣 ⑲ 入院基本料・加算 × 日間 × 日間 × 日間 × 日間 ⑲ 特定入院料・その他 小 計 点 ⑲ 円





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	所業	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



様式第5号(裏面)

⑫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) 社
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
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 ⑫「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。

派遣先事業主 証明欄	派遣元事業主が証明する事項(表面の⑩、⑬及び⑭)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
			( ) —

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 薬 局 訪問看護事業者 経 由	〒 _____ 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 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	
.....	.....	.....	.....	.....	労働者の	生年月日	年	月	日(歳)
② 年金証書の番号						住 所	午 前 後	時	分 頃
管轄局	種別	西暦年	番 号			職 種			
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
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 〒 _____)		.....		
		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		.....						

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
			( ) —

標準字体 0123456789''。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

業務災害用
複数業務要因災害用

第 回

療養補償給付及び複数事業労働者療養給付たる療養の費用請求書(同一傷病分)

※ 帳票種別 ①管轄局署 ②業通別 ⑤受付年月日 ⑩三者コード ⑪委任未支給 ⑫特別加入者 ⑬審査コード
34260 1業 3通

③ 労働保険番号 ④ 管轄局 種別 西暦年 番号
⑤ 労働者の性別 ⑥ 労働者の生年月日 ⑦ 負傷又は発病年月日
⑧ 労働者の氏名 住所 ⑭ 金融機関 店舗 ⑮ 郵便局コード

新規・変更
振込の金融機関 口座名義人
⑯ 預金の種類 ⑰ 口座番号
⑱ (つづき) メイギニン

⑨の者については、⑦並びに裏面の(ヌ)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( ) -
年月日 事業場の所在地 〒 -
事業主の氏名

医師又は歯科医師等の証明
療養の内容 (イ)期間 年月日 から 年月日まで 日間 診療実日数
(ロ)傷病の部位及び傷病名
(ハ)経過の概要
(ニ)療養の内訳及び金額

(ホ)看護料 年月日から 年月日まで 日間
(ヘ)移送費 から まで 片道・往復 キロメートル 回
(ト)上記以外の療養費 (内訳別紙請求書又は領収書 枚のとおり。)
(チ)療養の給付を受けなかった理由 ⑳療養に要した費用の額 (合計)

㉑費用の種類 ㉒療養期間の初日 ㉓療養期間の末日 ㉔診療実日数 ㉕転帰事由
1 診療書 2 看護記録 3 移送器具 4 診断書

上記により療養補償給付又は複数事業労働者療養給付たる療養の費用の支給を請求します。
年 月 日 〒 - 電話( ) -
住所 ( 方)
請求人の 氏名
労働基準監督署長 殿

※印の欄は記入しないでください。(職員が記入します。)
◎裏面の注意事項を読んでから記入してください。折り曲げる場合には(㊦)の所を合に折りさらに2つ折りにしてください。

(注意) 一、二、記入すべき事項のない欄又は記入枠は、空欄のままとし、事項を撰択する場合は該事項を○で囲んでください。(ただし、⑤及び⑥欄並びに⑦及び⑧欄の元号については該番号を記入枠に記入してください。)

(リ) 労働者の所属事業場の名称・所在地	(ヌ) 負傷又は発病の時刻	(ル) 災害発生の実事確認した者の職名
	午前 午後 時 分 頃	氏名
(ヲ)災害の原因及び発生状況 (ア)どのような場所で(イ)どのような作業をしているときに(ウ)どのような物又は環境に(エ)どのような不安全な又は有害な状態があつて(オ)どのような災害が発生したか(カ)⑦と初診日が異なる場合はその理由を詳細に記入すること		

療養の内訳及び金額

診療内容	点数(点)	診療内容	金額	摘要
初診		初診	円	(二)(一) ③、⑥、⑦及び(ヌ)から(ヲ)までは記載する必要があること。 ③、⑥、⑦及び(ヌ)から(ヲ)までは記載する必要があること。 ③、⑥、⑦及び(ヌ)から(ヲ)までは記載する必要があること。
再診		再診	円	
		指導	円	
		その他	円	
		食事(基準)	円	
		円× 日間	円	
		円× 日間	円	
		円× 日間	円	
		小計	円	
		摘要		
投薬		内服 薬剤	単位	(四)(三) (二)(一) ④は、記載する必要があること。 (四)(三) (二)(一) ④は、記載する必要があること。 (四)(三) (二)(一) ④は、記載する必要があること。
		調剤	× 回	
		屯服 薬剤	単位	
		外用 薬剤	単位	
		調剤	× 回	
		処方	× 回	
		麻毒	回	
		調基	回	
注射		皮下筋肉内	回	
		静脈内	回	
		その他	回	
処置		薬剤	回	
手術		薬剤	回	
麻酔		薬剤	回	
検査		薬剤	回	
画像診断		薬剤	回	
その他		処方せん	回	
入院	入院年月日	年 月 日		
	病・診・衣	入院基本料・加算		
		× 日間		
		× 日間		
		× 日間		
特定入院料・その他				
小計	点 ①	円	合計金額 ①+②	円

- (注 意)
- 一、共通の注意事項
  - 二、傷病補償年金又は復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費用を請求する場合以外の場合の注意事項
  - 三、傷病補償年金又は復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費用を請求する場合の注意事項
  - 四、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すこと。
  - 五、⑥一その他就業先の有無欄に記載がない場合又は復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しないものとして取り扱うこと。
  - 六、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ること。

⑥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	労働保険事務組合又は特別加入団体の名称
	加入年月日
	年 月 日
労働保険番号(特別加入)	

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⑦並びに(ヌ)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。	
	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)

社会保険労働士記載欄	作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示	氏 名	電 話 番 号
			( ) -



労働者災害補償保険 休業補償給付支給請求書 第 回  
複数事業労働者休業給付支給請求書  
休業特別支給金支給申請書(同一傷病分)

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 ①管轄局署 ③新継再別 ④受付年月日 ⑤業通別 ⑥三者コード ⑩日雇コード ⑪特別加入者  
34360 1新5継7再 1業3通 1自3勞5他 1日

⑦平均賃金 ⑧特別給与の額 ⑬日数査定 ⑭特支コード ⑮委任未支給 ⑯特別コード  
※ 10万 千 百 十 円 十 銭 千 百 十 万 千 百 十 円 療 2賃 3待 4他 1特 1委 3未 1特

②労働保険番号 ⑤労働者の性別 ⑥労働者の生年月日 ⑦負傷又は発病年月日  
府県 所掌 管轄 基幹番号 枝番号 1男 3女 1明3大昭5平7平9 治正和成和 1明3大昭5平7平9 治正和成和

⑫労働者名 ⑦郵便番号 ⑰郵便番号  
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。  
住所

⑱療養のため労働できなかった期間 ⑲賃金を受けなかった日数(内別紙2のとおり)  
1明3大昭5平7平9 治正和成和 から 1明3大昭5平7平9 治正和成和 まで 日間のうち 日

⑳預金の種類 ㉑口座番号(左詰め。ゆうちょ銀行の場合は、記号(5桁)は左詰め、番号は右詰めで記入し、空欄には「0」を記入。)  
1普通 3当座

⑫の者については、⑦、⑱、⑲、⑳、㉑から㉓まで(㉓の(ハ)を除く。)及び別紙2に記載したとおりであることを証明します。  
年月日

振込の金融機関名 ②⑤ ②⑥  
銀行・金庫 農協・協信組 本店・本所 出張所 支店・支所

②④ ②⑤ ②⑥  
メイギニン(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。  
(つづき)メイギニン(カタカナ)

②④ ②⑤ ②⑥  
金融機関 店舗 ②⑦ 郵便局コード

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)  
労働者の直接所属事業場名称所在地 電話( ) -

⑲ 傷病の部位及び傷病名  
⑲ 療養の期間 年 月 日から 年 月 日まで 日間 診療実日数 日

傷病の経過 ⑳療養の現況 年 月 日 治療(症状固定)・死亡・転医・中止・継続中  
㉑療養のため労働することができなかつたと認められる期間 年 月 日から 年 月 日まで 日間のうち 日

⑫の者については、⑲から㉑までに記載したとおりであることを証明します。  
年月日 〒 - 電話( ) -

病院又は診療所の所在地 名称 診療担当者氏名

上記により 休業補償給付又は複数事業労働者休業給付の支給を請求します。  
休業特別支給金の支給を申請 年 月 日 〒 - 電話( ) -

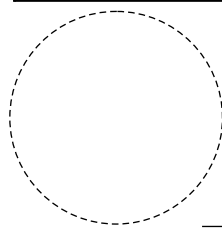
請求人の氏名 住所 (方)  
労働基準監督署長 殿

※印の欄は記入しないでください。(職員が記入します。)

◎裏面の注意事項を読んでから記入してください。

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。

(注意) 一、二、三、記入枠の部分は、必ず黒のボールペンを使用し、様式右上に記載された「標準字体」にならって、枠からはみだ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載してください。  
二、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該事項を○で囲んでください。(ただし、⑤及び⑧欄並びに⑥、⑦及び⑩欄の元号については該番号を記入枠に記入してください。)  
三、□□□□で表示された枠(以下、記入枠という。)に記入する文字は、光学的文字読取装置(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、のりづけたりしないでください。



[注 意]

③② 労働者の職種		③③ 負傷又は発病の時刻		③④ 平均賃金(算定内訳別紙1のとおり)			
		午前 午後		円 銭			
③⑤ 所定労働時間	午前 午後	時 分	時 分	③⑥ 休業補償給付額、休業特別支給金額の改定比率 (平均給与額 証明書のとおり)			
③⑦ 災害の原因、発生状況及び発生当日の就労・療養状況 (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(か)⑦と初診日と災害発生日が同じ場合は当日所定労働時間内に通院したか、⑦と初診日が異なる場合はその理由を詳細に記入すること							
③⑧ 等 受給関係		(イ) 基礎年金番号		(ロ) 被保険者資格の取得年月日			
厚生年金保険		(ハ) 当該傷病に 関して支給 される年金 の種類等		年金の種類	年 月 日		
				厚生年金保険法の	イ ロ ハ ニ ホ		
				国民年金法の	障害厚生年金 障害基礎年金 障害年金		
				障害等級	級		
				支給される年金の額	円		
				支給されることとなった年月日	年 月 日		
				基礎年金番号及び厚生年金等の年金証書の年金コード			
				所轄年金事務所等			

一、所定労働時間後に負傷した場合には、①及び②欄については、当該負傷した日を除いて記載してください。

二、別紙1①欄には、平均賃金の算定基礎期間中に業務外の傷病の療養のために休業した期間があり、その期間及びその期間中に受けた賃金の額を算定基礎から控除して算定した平均賃金に相当する額が平均賃金の額を超える場合に記載し、控除する期間及び賃金の内訳を別紙1②欄に記載してください。この場合は、④欄に、この算定方法による平均賃金に相当する額を記載してください。

三、別紙2は、②欄の「賃金を受けなかった日」のうち業務上の負傷又は疾病による療養のため所定労働時間のうちその一部分にのみ労働した日(別紙2において「一部休業日」という。)が含まれる場合に限り添付してください。

四、別紙3は、③欄の「その他就業先の有無」で「有」に○を付けた場合に、その他就業先ごとに記載してください。その際、その他就業先ごとに注意二及び三の規定に従って記載した別紙1及び別紙2を添付してください。

五、請求人(申請人)が災害発生事業場で特別加入者であるときは、④欄には、その者の給付基礎日額を記載してください。

(一) ⑦、⑨、⑩、⑪及び⑫欄の事項を証明することができる書類その他の資料を添付してください。

(三) 事業主の証明は受ける必要はありません。

③⑨ 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
	加入年月日
	年 月 日
	給付基礎日額
	円
労働保険番号(特別加入)	

六、第二回目以後の請求(申請)の場合には、①、⑨、⑩、⑪及び⑫欄については、前回の請求又は申請後の分について記載してください。

(二) ⑫欄から⑯欄まで及び⑰欄は記載する必要はありません。

(三) 別紙1(平均賃金算定内訳)は付する必要はありません。

(四) その請求(申請)が離職後である場合(療養のために労働できなかった期間の全部又は一部が離職前にある場合を除く。)には、事業主の証明は受ける必要はありません。

七、休業特別支給金の支給の申請のみを行う場合には、③欄は記載する必要はありません。

八、複数事業労働者休業給付の請求は、休業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。

九、③「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、複数事業労働者休業給付の請求はないものとして取り扱います。

十、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でない疾病以外は、休業補償給付のみで請求されることとなります。

社会保険労働士記載欄	作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示	氏 名	電 話 番 号
			( ) -

労働保険番号				氏名		災害発生日	
府県	所掌	管轄	基幹番号	枝番号			年 月 日

## 平均賃金算定内訳

(労働基準法第12条参照のこと。)

雇入年月日		年 月 日		常用・日雇の別		常用・日雇		
賃金支給方法		月給・週給・日給・時間給・出来高払制・その他請負制				賃金締切日 毎月 日		
A	よつて支払つたもの期間に	賃金計算期間		月 日から 日まで	月 日から 日まで	月 日から 日まで	計	
		総日数		日	日	日	(イ) 日	
		賃金	基本賃金		円	円	円	円
			手当					
			手当					
計		円	円	円	(ロ) 円			
B	日若しくは時間又は出来高払制その	賃金計算期間		月 日から 日まで	月 日から 日まで	月 日から 日まで	計	
		総日数		日	日	日	(イ) 日	
		労働日数		日	日	日	(ハ) 日	
		賃金	基本賃金		円	円	円	円
			手当					
計		円	円	円	(ニ) 円			
総計		円	円	円	(ホ) 円			
平均賃金		賃金総額(ホ)		円÷総日数(イ)		=	円 銭	
最低保障平均賃金の計算方法 Aの(ロ) 円÷総日数(イ) = 円 銭(イ) Bの(ニ) 円÷労働日数(ハ) × $\frac{60}{100}$ = 円 銭(ロ) (イ) 円 銭+(ロ) 円 銭 = 円 銭(最低保障平均賃金)								
日日雇い入れられる者の平均賃金(昭和38年労働省告示第52号による。)	第1号又は第2号の場合	賃金計算期間	(イ) 労働日数又は労働総日数	(ロ) 賃金総額	平均賃金 $(ロ) \div (イ) \times \frac{73}{100}$			
	第3号の場合	月 日から 日まで	日	円	円 銭			
	第4号の場合	都道府県労働局長が定める金額		円				
漁業及び林業労働者の平均賃金(昭和24年労働省告示第5号による。)	平均賃金協定額の承認年月日		年 月 日	職種	平均賃金協定額 円			
	① 賃金計算期間のうち業務外の傷病の療養等のため休業した期間の日数及びその期間中の賃金を業務上の傷病の療養のため休業した期間の日数及びその期間中の賃金とみなして算定した平均賃金 (賃金の総額(ホ)－休業した期間にかかる②の(リ)) ÷ (総日数(イ)－休業した期間②の(チ)) ( 円－ 円) ÷ ( 日－ 日) = 円 銭							

② 業務外の傷病の療養等のため休業した期間 及びその期間中の賃金の内訳				
賃金計算期間	月 日から 月 日まで	月 日から 月 日まで	月 日から 月 日まで	計
業務外の傷病の療養等のため 休業した期間の日数	日	日	日	(イ) 日
業務外の傷病の療養等のため 休業した期間中の賃金 の内訳	基本賃金	円	円	円
	手当			
	手当			
	計	円	円	円
休業の事由				

③ 特 別 給 与 の 額	支払年月日	支払額
	年 月 日	円
	年 月 日	円
	年 月 日	円
	年 月 日	円
	年 月 日	円
	年 月 日	円
	年 月 日	円

[注 意]

③欄には、負傷又は発病の日以前2年間（雇入後2年に満たない者については、雇入後の期間）に支払われた労働基準法第12条第4項の3箇月を超える期間ごとに支払われる賃金（特別給与）について記載してください。

ただし、特別給与の支払時期の臨時的変更等の理由により負傷又は発病の日以前1年間に支払われた特別給与の総額を特別支給金の算定基礎とすることが適当でないと認められる場合以外は、負傷又は発病の日以前1年間に支払われた特別給与の総額を記載して差し支えありません。

様式第8号 (別紙2)

労働保険番号					氏名	災害発生年月日
府県	所轄	管轄	基幹番号	枝番号		年 月 日

① 療養のため労働できなかつた期間  
 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日から\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日まで\_\_\_\_\_日間

② ①のうち賃金を受けなかつた日の日数 \_\_\_\_\_日

③ ②の日数の内訳	全部休業日 _____日
	一部休業日 _____日

④ 一部休業日の年月日及び当該労働者に対し支払われる賃金の額	年 月 日	賃金の額	備考
		年 月 日	円

[注意]

- 1 「全部休業日」とは、業務上の負傷又は疾病による療養のため労働することができないために賃金を受けない日であつて、一部休業日に該当しないものをいうものであること。
- 2 該当欄に記載することができない場合には、別紙を付して記載すること。



労働者災害補償保険

業務災害用  
複数業務要因災害用

障害補償給付支給請求書  
複数事業労働者障害給付年金支給申請書  
障害特別支給年金支給申請書  
障害特別一時金支給申請書

労働保険番号					フリガナ	負傷又は発病年月日
府県	所掌	管轄	基幹番号	枝番号	氏名 (男・女)	年 月 日
					生年月日 年 月 日(歳)	午 前後 時 分頃
年金証書の番号					フリガナ	治癒(症状固定)年月日
管轄局	種別	西暦年	番号		住所	年 月 日
					職種	平均賃金
③ 労働者の					所属事業場 名称・所在地	円 銭
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						特別給与の総額(年額)
						円

⑨ 厚生年金保険等の受給関係	① 厚年等の年金証書の基礎年金番号・年金コード		⑩ 被保険者資格の取得年月日	年 月 日
	⑧ 当該傷病に 関して支給される 年金の種類等	年金の種類	厚生年金保険法のイ、障害年金 国民年金法のイ、障害年金 船員保険法の障害年金	口、障害厚生年金 口、障害基礎年金
		障害等級		級
		支給される年金の額		円
		支給されることとなった年月日		年 月 日
		厚年等の年金証書の基礎年金番号・年金コード		
	所轄年金事務所等			

の者については、 から まで並びに の①及び⑩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( )

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)

〔注意〕 の①及び⑩については、 の者が厚生年金保険の被保険者である場合に限り証明すること。

障害の部位及び状態	(診断書のとおり)	既存障害がある場合にはその部位及び状態									
添付する書類名 その他の資料											
年金の払渡しを 受けることを 希望する金融機 関又は郵便局  (登録している公 金受取口座を利 用します。)	金融機関 (郵便貯金銀行の 支店等を除く。)	名 称	金融機関店舗コード							本店・本所 出張所 支店・支所	
		預金通帳の記号番号	普通・当座	第						号	
	郵便貯金又は郵便局	フリガナ	郵便局コード								
		名 称									
		所在地	都道府県								市郡区
		預金通帳の記号番号	第								号

の支給を請求します。

上記により

の支給を申請します。

〒

電話( )

年 月 日

請求人の住所

申請人の氏名

労働基準監督署長 殿

本件手続を裏面に記載の社会保険労務士に委託します。

個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

振込を希望する金融機関の名称		預金の種類及び口座番号	
銀行・金庫 農協・漁協・信組	本店・本所 出張所 支店・支所	普通・当座 第	号 口座名義人

様式第10号(裏面)

⑭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)	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)
無	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
		給付基礎日額
		円

[注意]

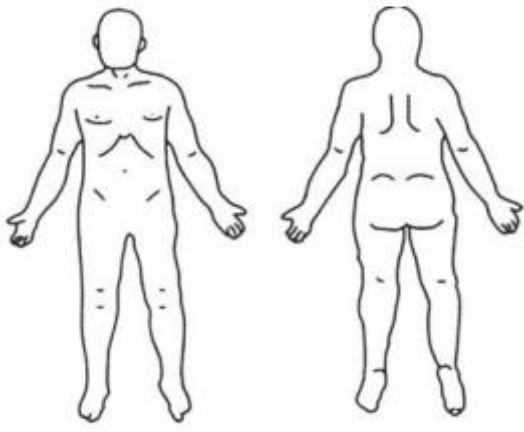
- 1 ※印欄には記載しないこと。
- 2 事項を選択する場合には該当する事項を○で囲むこと。
- 3 ③の労働者の「所属事業場名称・所在地」欄には、労働者の直接所属する事業場が一括適用の取扱いを受けている場合に、労働者が直接所属する支店、工事現場等を記載すること。
- 4 ⑦には、平均賃金の算定基礎期間中に業務外の傷病の療養のため休業した期間が含まれている場合に、当該平均賃金に相当する額がその期間の日数及びその期間中の賃金を業務上の傷病の療養のため休業した期間の日数及びその期間中の賃金とみなして算定した平均賃金に相当する額に満たないときは、当該みなして算定した平均賃金に相当する額を記載すること(様式第8号の別紙1に内訳を記載し添付すること。ただし、既に提出されている場合を除く。)
- 5 ⑧には、負傷又は発病の日以前1年間(雇入後1年に満たない者については、雇入後の期間)に支払われた労働基準法第12条第4項の3箇月を超える期間ごとに支払われる賃金の総額を記載すること(様式第8号の別紙1に内訳を記載し添付すること。ただし、既に提出されている場合を除く。)
- 6 請求人(申請人)が傷病補償年金又は複数事業労働者傷病年金を受けていた者であるときは、
  - (1) ①、④及び⑥には記載する必要がないこと。
  - (2) ②には、傷病補償年金又は複数事業労働者傷病年金に係る年金証書の番号を記載すること。
  - (3) 事業主の証明を受ける必要がないこと。
- 7 請求人(申請人)が特別加入者であるときは、
  - (1) ⑦には、その者の給付基礎日額を記載すること。
  - (2) ⑧は記載する必要がないこと。
  - (3) ④及び⑥の事項を証明することができる書類その他の資料を添えること。
  - (4) 事業主の証明を受ける必要がないこと。
- 8 ⑬については、障害補償年金、複数事業労働者障害年金又は障害特別年金の支給を受けることとなる場合において、障害補償年金、複数事業労働者障害年金又は障害特別年金の払渡しを金融機関(郵便貯金銀行の支店等を除く。)から受けることを希望する者にあつては「金融機関(郵便貯金銀行の支店等を除く。)」欄に、障害補償年金、複数事業労働者障害年金又は障害特別年金の払渡しを郵便貯金銀行の支店等又は郵便局から受けることを希望する者にあつては「郵便貯金銀行の支店等又は郵便局」欄に、それぞれ記載すること。  
なお、郵便貯金銀行の支店等又は郵便局から払渡しを受けることを希望する場合であつて振込によらないときは、「預金通帳の記号番号」の欄は記載する必要はないこと。  
また、年金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「登録している公金受取口座を利用します：□」の□にレ点を記入すること。その際、口座情報の記載や通帳の写しの添付等は必要がないこと。
- 9 「個人番号」の欄については、請求人(申請人)の個人番号を記載すること。
- 10 本件手続を社会保険労務士に委託する場合は、「請求人(申請人)の氏名」欄の下の□にレ点を記入すること。
- 11 ⑭「その他就業先の有無」で「有」に○を付けた場合は、様式第8号の別紙3をその他就業先ごとに記載すること。その際、その他就業先ごとに様式第8号の別紙1を記載し添付すること。なお、既に他の保険給付の請求において記載している場合は、記載の必要がないこと。
- 12 複数事業労働者障害年金の請求は、障害補償年金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ること。
- 13 ⑭「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、複数事業労働者障害年金の請求はないものとして取り扱うこと。
- 14 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、障害補償年金のみで請求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
			(       ) —



# 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	年 月 日
傷 病 名		負 傷 又 は 発 病 年 月 日	年 月 日
		初 診 年 月 日	年 月 日
障 害 の 部 位		治 癒 ( 症 状 固 定 ) 年 月 日	年 月 日
既 往 症		既 存 障 害	
主 な 療 養 内 容 及 び 経 過			
障 害 の 状 態 及 び X P 等 の 所 見	( 図 で 示 す こ と が で き る も の は 図 解 し て 下 さ い 。 )		
			
労 災 保 険 制 度 の ア フ タ ー ケ ア の 必 要 性	有 無	( 有 無 の い ず れ か に ○ を し て く だ さ い 。 な お 、 ア フ タ ー ケ ア の 対 象 と な る ケ ガ や 病 気 は 定 め ら れ て お り 、 一 定 の 障 害 等 級 な ど を 対 象 者 の 要 件 と し て い ま す 。 )	
関 節 の 機 能 障 害 の 有 無	有 無	( 有 無 の い ず れ か に ○ を し て く だ さ い 。 な お 、 有 の 場 合 は 裏 面 の 「 上 下 肢 等 関 節 角 度 測 定 表 」 に 測 定 結 果 を 記 載 し て 下 さ い 。 )	
〒 _____ 電 話 ( _____ ) _____			
上 記 の と お り 診 断 し ま す。		所 在 地	
_____ 年 _____ 月 _____ 日		名 称	
		診 断 担 当 者 氏 名	

( 裏 面 あ り )

上下肢等関節角度測定表

部位		関節名		中手(足)指節関節		指節間関節		部位		左	右
		屈曲	伸展	左	右	左	右				
母指 [第1足指]	屈曲							母指	橈側外転		
	伸展								掌側外転		
部位		関節名		中手(足)指節関節		近位指節間関節		遠位指節間関節		左	右
		屈曲	伸展	左	右	左	右	左	右		
示指 [第2足指]	屈曲										
	伸展										
中指 [第3足指]	屈曲										
	伸展										
環指 [第4足指]	屈曲										
	伸展										
小指 [第5足指]	屈曲										
	伸展										
部位		運動方向		屈曲(前屈)		伸展(後屈)		回旋		側屈	
		左	右	左	右	左	右	左	右		
頸部											
胸腰部											
部位		手関節		足関節		ひじ関節		ひざ関節			
		左	右	左	右	左	右	左	右		
屈曲(掌屈・底屈)											
伸展(背屈)											
橈屈				部位		肩関節		股関節			
尺屈						運動方向		左	右	左	右
部位		前腕		屈曲(前方拳上)							
		左	右	伸展(後方拳上)							
回内				外転(側方拳上)							
回外				内転							
				外旋							
				内旋							

【注意】

- 1 本測定表のうち、必要部分のみ記載して下さい。
- 2 患側のみならず健側も測定して下さい。
- 3 原則、他動運動により測定して下さい。自動運動で測定した場合には、その理由を記載して下さい。

自動運動で測定した理由

( )

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

通勤災害用

療養給付たる療養の給付請求書

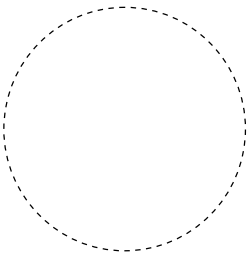
裏面に記載してある注意事項をよく読んだ上で、記入してください。

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。

※ 帳票種別		①管轄局署		②業通別		③保留		⑥処理区分		④受付年月日	
34590		□□□□		3		1業通 3全給付		□□		※ □□□□□□□□	
⑤労働保険番号		⑧性別		⑨労働者の生年月日		⑩負傷又は発病年月日		③兼業		⑦支給・不支給決定年月日	
□□□□□□□□□□		1男 3女		□□□□□□□□□□		□□□□□□□□□□		※ □□		※ □□□□□□□□□□	
⑫労働者の氏名		⑬郵便番号		フリガナ		⑪再発年月日		⑬三者		⑭特疾	
□□□□□□□□□□		□□□□ - □□□□□□		□□□□□□□□□□		□□□□□□□□□□		※ □□ 1自 3労 5他		□□□□	
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		電話( ) -									
⑯指定病院等の所在地		〒 -									
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。		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		〒 - 電話( ) -									
( 病 院 療 所 経 由 )		住所 ( ) 方									
診 療 薬 局 訪問看護事業者		請求人の 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	・	・	・	・	不支給の理由	(この欄は記入しないでください。)	
	復命書番号	第 号	第 号	第 号	第 号			

(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	
(ハ) 災害発生 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	
(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	
(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	
(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	
(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) ⑩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 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

⑩健康保険日雇特例被保険者手帳の記号及び番号	
⑫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
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、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。)
- 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。
- ⑩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。
- (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。
- (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。

- 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	ツ	テ
---	---	---

    キョ → 

キ	ヨ
---	---

    バ → 

ハ	バ
---	---

- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 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。

- |   |
|---|
| 丨 |
|---|

 はカギを付けないで垂直に、

⌒
---

 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 欄	派遣元事業主が証明する事項(表面の⑩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。
	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
			( ) —

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	経 由
診 療 所	
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 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	午 前 後 時 分 頃	
生年月日	年 月 日 ( 歳)		住 所					
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(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 _____							

様式第16号の4(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)	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
			( ) —

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	ヰ	ヱ	ヲ	ン				

※ 帳票種別  ①管轄局署  ②業通別  1業 3通

⑧受付年月日 元 年 月 日 ⑩三者コード ⑪委任未支給 ⑫特別加入者 ⑬審査コード

1 自 1 委任  
3 労 3 未支給  
5 他 5 委未

③ 労働保険番号  ④ 管轄局 種別 西暦年 番号

府 県 所 掌 管 轄 基 幹 番 号 枝 番 号

⑤ 労働者の性別  男  女 ⑥ 労働者の生年月日 元 年 月 日 ⑦ 負傷又は発病年月日 元 年 月 日

⑭ 金融機関コード ⑮ 郵便局コード

⑨ 労働者の氏名 (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。

住所 ⑯ 郵便番号  -

氏名 ( 歳 ) 職種

新規・変更

振込の金融機関名 口座名義人

⑯ 預金の種類  普通  当座

⑰ 口座番号 (左詰め) : ゆうちょ銀行の場合は、記号 (5桁) は左詰め、番号は右詰めで記入し、空欄は「0」を記入。

⑱ (つづき) メイギニン (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。

⑨の者については、⑦並びに裏面の(ワ) (通常の通勤の経路及び方法に限る。)、(カ)、(ヨ)、(タ)、(レ)、(ツ)、(ネ)及び(ム)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 ( ) -

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)

医師又は歯科医師等の証明

療養の内容 (イ) 期間 年 月 日 から 年 月 日まで 日間 診療実日数 日

(ロ) 傷病の部位及び傷病名 (ハ) 傷病の経過の概要

⑨の者については、(イ)から(ニ)までに記載したとおりであることを証明します。

病院又は診療所の所在地 名称 電話 ( ) -

診療担当者氏名

(ホ) 看護料 年 月 日から 年 月 日まで 日間 (看護師の資格の有・無)

(ヘ) 移送費 から まで 片道・往復 キロメートル 回

(ト) 上記以外の療養費 (内訳別請求書又は領収書) 枚のとおり。

(チ) 療養の給付を受けなかった理由 ⑳療養に要した費用の額 (合計) 千円 百円 十円

㉑費用の種別 ㉒療養期間の初日 元 年 月 日 ㉓療養期間の末日 元 年 月 日 ㉔診療実日数 ㉕転帰事由

1 診療看護 2 看護送付 3 移送費 4 装具費 5 診断書

1 治療 (症状固定) 3 継続 5 転医 7 中止 9 死亡

上記により療養給付たる療養の費用の支給を請求します。

年 月 日 住所 ( 方 )

請求人の氏名

労働基準監督署長 殿

(注意) 一、二、三、記入枠の部分は、必ず黒のボールペンを使用し、様式右上に記載された「標準字体」にならなくて、枠からはみだ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載してください。

二、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又は「標準字体」で記入してください。

三、記入する文字は、光沢式文字取装置(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。

※印の欄は記入しないでください。(職員が記入します。)

◎裏面の注意事項を読んでから記入してください。

折り曲げる場合には(▲)の所を谷に折りきりに2つつ折りにしてください。

(リ) 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. ロに後続する住居間の移動
(ヌ) 労働者の所属事業場の名称・所在地	(ル) 住所 現認者の氏名	電話( ) —
(ワ) 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) ②と初診日が異なる場合はその理由を簡明に記載すること		
(カ) 負傷又は発病の年月日及び時刻	年 月 日 午 前後 時 分頃	(ワ) 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、時間その他の状況
(コ) 災害発生の場所		
(ク) 就業の場所 (タ) (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)		
(レ) 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	
(ソ) 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	
(ツ) 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	
(ネ) 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	
(ナ) 第三者行為災害	該当する・該当しない	
(ヲ) 健康保険日雇特例被保険者手帳の記号及び番号		(通常の移動の所要時間 時間 分)
(ム) 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	(ウ) 転任直前の住居に係る住所

療養の内訳及び金額

診療内容	点数(点)	診療内容	金額	摘要
初診	時間外・休日・深夜	初診	円	
再診	外来診療料	再診	円	
	継続管理加算	指導	円	
	外来管理加算	その他	円	
	時間外	食事(基準 )		
	休日	円× 日間	円	
深夜	円× 日間	円		
指導		小計	円	
	往診	摘要		
	夜間			
	緊急・深夜			
在宅	在宅患者訪問診療			
	その他			
	薬剤			
投薬	内服 薬剤	単位		
	調剤	単位		
	外用 薬剤	単位		
	調剤	単位		
注射	皮下筋肉内	回		
	静脈内	回		
	その他	回		
処置	薬剤	回		
手術	薬剤	回		
検査	薬剤	回		
画像診断	薬剤	回		
その他	処方せん	回		
入院	入院年月日	年 月 日		
	病・診・衣	入院基本料・加算		
		日間		
		日間		
	日間			
	日間			
	特定入院料・その他			
小計	点 ①	合計金額	円	
		①+②	円	

(注意)

一、共通の注意事項  
事項を選択する場合には、該当する事項を○で囲むこと。  
(ホ)、(ヘ)及び(ト)についてはその費用についての明細書及び看護移送等をした者の請求書又は領収書を添えること。  
(イ)の期間には、最終の投薬の期間をも算入すること。  
(ヌ)は、労働者の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、工事現場等を記載すること。  
(ヲ)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、記載する必要がないこと。  
二、傷病年金の受給権者が当該傷病に係る療養の費用を請求する場合以外の注意事項  
①は記載する必要がないこと。  
②は記載する必要がないこと。  
三、傷病年金の受給権者が当該傷病に係る療養の費用を請求する場合の注意事項  
(一) ③、⑥、⑦及び(ル)から(ウ)までは記載する必要がないこと。  
(二) 事業主の証明は受ける必要がないこと。

②その他の就業先の有無	
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
	加入年月日
	年 月 日
労働保険番号(特別加入)	

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②並びに(ワ)(通常の通勤の経路及び方法に限る。)、(カ)、(コ)、(タ)、(レ)、(ツ)、(ネ)及び(ム))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( ) —
	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
			( ) —



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 ①管轄局署 ③新継再別 ④受付年月日 ⑧業通別 ⑨三者コード ⑩日雇コード ⑪特別加入者

34360 1新5継7再 3 1業3通 1自3勞5他 1日

⑭平均賃金 ⑮特別給与の額 ⑯日数査定 ⑰特支コード ⑱委任未支給 ⑲特別コード

10万 1千 1百 1十 1円 1十 1銭 1千 1百 1十 1円 1 1特 1委 1特

②労働保険番号 ⑤労働者の性別 ⑥労働者の生年月日 ⑦負傷又は発病年月日

府県 所掌 管轄 基幹番号 枝番号 1男 3女 1明3大昭5平7令 治正和成和 1明3大昭5平7令 治正和成和

⑫労働者名 ⑭郵便番号 ⑯療養のため労働できなかった期間 ⑰賃金を受けなかった日数

シメイ(カタカナ) 姓名の間は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。 1明3大昭5平7令 治正和成和 1明3大昭5平7令 治正和成和

⑱療養のため労働できなかった期間 ⑲賃金を受けなかった日数

1明3大昭5平7令 治正和成和 1明3大昭5平7令 治正和成和

⑳預金の種類 ㉑口座番号

1普通 3当座 ㉑口座番号(左詰め。ゆうちょ銀行の場合は、記号(5桁)は左詰め、番号は右詰めで記入し、空欄には「0」を記入。)

⑳新規・変更 ㉒メイギニン(カタカナ) ㉓(つづき)メイギニン(カタカナ)

振込の金融機関名を希望 銀行・金庫 農協・協信組 本店・本所 出張所 支店・支所 ㉒メイギニン(カタカナ) ㉓(つづき)メイギニン(カタカナ)

㉔金融機関コード ㉕郵便局コード

※金融機関コード ※郵便局コード

⑳の者については、㉑、㉒、㉓及び㉔欄は、口座を新規に届け出る場合又は届け出た口座を変更する場合のみ記入してください。

⑳の者については、㉑、㉒、㉓及び㉔欄は、口座を新規に届け出る場合又は届け出た口座を変更する場合のみ記入してください。

⑳の者については、㉑、㉒、㉓及び㉔欄は、口座を新規に届け出る場合又は届け出た口座を変更する場合のみ記入してください。

⑳の者については、㉑、㉒、㉓及び㉔欄は、口座を新規に届け出る場合又は届け出た口座を変更する場合のみ記入してください。

⑳の者については、㉑、㉒、㉓及び㉔欄は、口座を新規に届け出る場合又は届け出た口座を変更する場合のみ記入してください。

⑳の者については、㉑、㉒、㉓及び㉔欄は、口座を新規に届け出る場合又は届け出た口座を変更する場合のみ記入してください。

⑳の者については、㉑、㉒、㉓及び㉔欄は、口座を新規に届け出る場合又は届け出た口座を変更する場合のみ記入してください。

⑳の者については、㉑、㉒、㉓及び㉔欄は、口座を新規に届け出る場合又は届け出た口座を変更する場合のみ記入してください。

⑳の者については、㉑、㉒、㉓及び㉔欄は、口座を新規に届け出る場合又は届け出た口座を変更する場合のみ記入してください。

⑳の者については、㉑、㉒、㉓及び㉔欄は、口座を新規に届け出る場合又は届け出た口座を変更する場合のみ記入してください。

⑳の者については、㉑、㉒、㉓及び㉔欄は、口座を新規に届け出る場合又は届け出た口座を変更する場合のみ記入してください。

⑳の者については、㉑、㉒、㉓及び㉔欄は、口座を新規に届け出る場合又は届け出た口座を変更する場合のみ記入してください。

⑳の者については、㉑、㉒、㉓及び㉔欄は、口座を新規に届け出る場合又は届け出た口座を変更する場合のみ記入してください。

⑳の者については、㉑、㉒、㉓及び㉔欄は、口座を新規に届け出る場合又は届け出た口座を変更する場合のみ記入してください。

⑳の者については、㉑、㉒、㉓及び㉔欄は、口座を新規に届け出る場合又は届け出た口座を変更する場合のみ記入してください。

⑳の者については、㉑、㉒、㉓及び㉔欄は、口座を新規に届け出る場合又は届け出た口座を変更する場合のみ記入してください。

※印の欄は記入しないでください。(職員が記入します。)

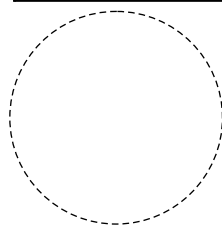
◎裏面の注意事項を読んでから記入してください。

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。

(注意) 一、二、三、記入枠の部分は、必ず黒のボールペンを使用し、様式右上に記載された「標準字体」にならって、枠からはみだ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載してください。

二、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○で囲んでください。(ただし、⑤及び⑧欄並びに⑥⑦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。)

三、□□□□で表示された枠(以下、記入枠という。)に記入する文字は、光学的文字読取装置(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返したり、のりづけたりしないでください。



上記より 休業給付の支給を請求します。 休業特別支給金の支給を申請 年 月 日 住所 (方)

請求人の氏名

労働基準監督署長 殿

【注 意】

⑳ 労働者の職種	㉓ 負傷又は発病の年月日及び時刻 年 月 日 午 前 後 時 分 頃	㉔ 平均賃金(算定内訳別紙1のとおり) 円 銭	
㉕ 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. ロに後続する住居間の移動		
㉖ 災害発生場所			
㉗ 就業の場所 (災害時の通勤の種別がイ、ハ又はホに該当する場合は移動の終点たる就業の場所)			
㉘ 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、ハ又はホに該当する場合は記載すること)	年 月 日 午 前 後 時 分 頃		
㉙ 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		
㉚ 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		
㉛ 就業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		
㉜ 災害時に通勤の種別に 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 ら災害発生場所に至 った経路、方法、所要 時間その他状況	[通常の通勤所要時間 時間 分]		
㉝ 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)㉗と初診日が異なる場 合はその理由を簡明に記載 すること			
㉞ 現認者の	住所 氏名	電話( ) -	
㉟ 第三者行為災害	該当する・該当しない		
㊱ 健康保険日雇特別被保険者手帳の記号及び番号			
㊲ 転任の事実の有無 (災害時に通勤の種別がニ又はホに 該当する場合)	有・無	㊳ 転任直前の住居 に係る住所	
㊴ 休業給付額・休業特別支給金額の改定比率	(平均給与額証明書のとおり)		
㊵ 厚生年金保険等の受給関係	(イ)基礎年金番号	(ロ)被保険者資格の取得年月日 年 月 日	
	(ハ)当該傷病に 関して支給 される年金 の種類等	年金の種類	厚生年金保険法の イ 障害年金 ロ 障害厚生年金 ハ 障害年金 ニ 障害基礎年金 ホ 障害年金
		障害等級	級
	支給される年金の額	円	
	支給されることとなった年月日	年 月 日	
	基礎年金番号及び厚生年金 等の年金証書の年金コード		
	所轄年金事務所等		
㊶ 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)	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)	
無	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	
		給付基礎日額 円	

一、所定労働時間後に負傷した場合、⑲及び⑳欄については、当該負傷した日を除いて記載してください。

二、別紙1①欄には、平均賃金の算定基礎期間中に業務外の傷病の療養等のために休業した期間があり、その期間及びその期間中に受けた賃金の額を算定基礎から控除して算定した平均賃金に相当する額が平均賃金の額を超える場合に記載し、控除する期間及び賃金の内訳を別紙1②欄に記載してください。この場合は、㉔欄に、この算定方法による平均賃金に相当する額を記載してください。

三、別紙2は、⑳欄の「賃金を受けなかった日」のうち通勤による負傷又は疾病による療養のため所定労働時間のうちその一部分についてのみ労働した日(別紙2において「一部休業日」という。)が含まれる場合に限り添付してください。

四、請求人(申請人が特別加入者であるときは、㉔欄には、その者の給付基礎日額を記載してください。)

(一)、㉔欄には、その者の給付基礎日額を記載してください。

(二)、㉔、㉕、㉖、㉗及び㉘から㉚欄までの事項を証明することができる書類その他の資料を添付してください。

(三)、事業主の証明は受ける必要はありません。

五、別紙3は、㉛欄の「その他就業先の有無」で「有」に○を付けた場合に、その他就業先ごとに記載してください。その際、その他就業先ごとに注意二、及び三の規定に従って記載した別紙1及び別紙2を添付してください。

六、第二回目以降の請求(申請)の場合には、

(一)、㉔、㉕、㉖、㉗、㉘、㉙、㉚、㉛、㉜、㉝、㉞、㉟、㊱、㊲、㊳欄については、前回の請求又は申請後の分について記載してください。

(二)、㉔欄から㉚欄まで、㉜欄及び㉝欄は記載する必要はありません。

(三)、別紙1(平均賃金算定内訳)は付する必要はありません。

(四)、その請求(申請)が離職後である場合療養のために労働できなかった期間の全部又は一部が離職前である場合を除く。には、事業主の証明は受ける必要はありません。

七、㉞は、請求人(申請人)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。

八、休業特別支給金の支給の申請のみを行う場合には、㉞欄は記載する必要はありません。

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 ( ) -
--------------------	----------------------	----	---------------

労働保険番号				氏名		災害発生日	
府県	所掌	管轄	基幹番号	枝番号			年 月 日

## 平均賃金算定内訳

(労働基準法第12条参照のこと。)

雇入年月日		年 月 日		常用・日雇の別		常用・日雇		
賃金支給方法		月給・週給・日給・時間給・出来高払制・その他請負制				賃金締切日 毎月 日		
A	よつて支払ったもの期間に	賃金計算期間		月 日から 日まで	月 日から 日まで	月 日から 日まで	計	
		総日数		日	日	日	(イ) 日	
		賃金	基本賃金		円	円	円	円
			手当					
			手当					
			計		円	円	円	(ロ) 円
B	日若しくは時間又は出来高払制その	賃金計算期間		月 日から 日まで	月 日から 日まで	月 日から 日まで	計	
		総日数		日	日	日	(イ) 日	
		労働日数		日	日	日	(ハ) 日	
		賃金	基本賃金		円	円	円	円
			手当					
			手当					
計			円	円	円	(ニ) 円		
総計		円	円	円	(ホ) 円			
平均賃金		賃金総額(ホ) 円 ÷ 総日数(イ) 日 =		円		銭		
<p>最低保障平均賃金の計算方法</p> <p>Aの(ロ) 円 ÷ 総日数(イ) 日 = 円 銭 (イ)</p> <p>Bの(ニ) 円 ÷ 労働日数(ハ) 日 × <math>\frac{60}{100}</math> = 円 銭 (ロ)</p> <p>(イ) 円 銭 + (ロ) 円 銭 = 円 銭 (最低保障平均賃金)</p>								
日日雇い入れられる者の平均賃金(昭和38年労働省告示第52号による。)	第1号又は第2号の場合	賃金計算期間	(イ) 労働日数又は労働総日数	(ロ) 賃金総額	平均賃金 $(ロ) \div (イ) \times \frac{73}{100}$			
	第3号の場合	都道府県労働局長が定める金額					円	
	第4号の場合	従事する事業又は職業					円	
漁業及び林業労働者の平均賃金(昭和24年労働省告示第5号による。)	平均賃金協定額の承認年月日 年 月 日 職種 平均賃金協定額 円							
<p>① 賃金計算期間のうち業務外の傷病の療養等のため休業した期間の日数及びその期間中の賃金を業務上の傷病の療養のため休業した期間の日数及びその期間中の賃金とみなして算定した平均賃金(賃金の総額(ホ) - 休業した期間にかかる②の(リ)) ÷ (総日数(イ) - 休業した期間②の(チ))</p> <p>( 円 - 円 ) ÷ ( 日 - 日 ) = 円 銭</p>								

② 業務外の傷病の療養等のため休業した期間 及びその期間中の賃金の内訳				
賃金計算期間	月 日から 月 日まで	月 日から 月 日まで	月 日から 月 日まで	計
業務外の傷病の療養等のため 休業した期間の日数	日	日	日	(イ) 日
業務外の傷病の療養等のため 休業した期間中の賃金の内訳	基本賃金	円	円	円
	手当			
	手当			
	計	円	円	円
休業の事由				

③ 特別 給与 の 額	支払年月日	支払額
	年 月 日	円
	年 月 日	円
	年 月 日	円
	年 月 日	円
	年 月 日	円
	年 月 日	円
	年 月 日	円

[注意]

③欄には、負傷又は発病の日以前2年間（雇入後2年に満たない者については、雇入後の期間）に支払われた労働基準法第12条第4項の3箇月を超える期間ごとに支払われる賃金（特別給与）について記載してください。

ただし、特別給与の支払時期の臨時的変更等の理由により負傷又は発病の日以前1年間に支払われた特別給与の総額を特別支給金の算定基礎とすることが適当でないと認められる場合以外は、負傷又は発病の日以前1年間に支払われた特別給与の総額を記載して差し支えありません。

様式第16号の6（別紙2）

労働保険番号					氏名	災害発生年月日
府県	障	管轄	基幹番号	枝番号		年 月 日

① 療養のため労働できなかつた期間 _____年_____月_____日から_____年_____月_____日まで_____日間
--

② ①のうち賃金を受けなかつた日の日数 _____日
----------------------------

③ ②の日数の内訳	全部休業日 _____日
	一部休業日 _____日

④ 一部休業日の年月日及び当該労働者に対し支払われる賃金の額	年 月 日	賃金の額	備考
		年 月 日	円

〔注意〕

- 「全部休業日」とは、通勤による負傷又は疾病による療養のため労働することができないために賃金を受けない日であつて、一部休業日に該当しないものをいうものであること。
- 該当欄に記載することができない場合には、別紙を付して記載すること。

複数事業労働者用

① 労働保険番号(請求書に記載した事業場以外の就労先労働保険番号)

都道府県	所掌	管轄	基幹番号				枝番号			

② 労働者の氏名・性別・生年月日・住所

(フリガナ氏名)	男	生年月日
(漢字氏名)	女	(昭和・平成・令和) 年 月 日
〒	—	
(フリガナ住所)		
(漢字住所)		

③ 平均賃金(内訳は別紙1のとおり)

円	銭
---	---

④ 雇入期間

(昭和・平成・令和) 年 月 日 から 年 月 日 まで

⑤ 療養のため労働できなかった期間

令和 年 月 日 から 年 月 日 まで

⑥ 賃金を受けなかった日数(内訳は別紙2のとおり)   日間のうち   日

⑦ 厚生年金保険等の受給関係

(イ)基礎年金番号 \_\_\_\_\_ (ロ)被保険者資格の取得年月日 年 月 日

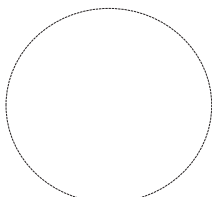
(ハ)当該傷病に関して支給される年金の種類等

年金の種類 厚生年金保険法の  イ 障害年金  ロ 障害厚生年金  
 国民年金法の  ハ 障害年金  ニ 障害基礎年金  
 船員保険法の  ホ 障害年金

障害等級 \_\_\_\_\_ 級 支給されることとなった年月日 年 月 日

基礎年金番号及び厚生年金等の年金証書の年金コード

所轄年金事務所等 \_\_\_\_\_



労働基準監督署長 殿

上記②の者について、③から⑦までに記載され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

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
			( ) —

通勤災害用

障害給付支給請求書  
 障害特別支給年金支給申請書  
 障害特別一時金支給申請書

① 労働保険番号					フリガナ		④ 負傷又は発病年月日	
府県	所掌	管轄	基幹番号	枝番号	③ 氏名 (男・女)	生年月日 年 月 日 (歳)		午前 年 月 日 時 分 頃
						フリガナ	⑤ 治癒(症状固定)年月日	
							年 月 日	
② 年金証書の番号					労働者の	住所	⑥ 平均賃金	
管轄局	種別	西暦年	番号		職	円 銭		
					の	⑦ 特別給与の総額(年額)		
					所属事業場	円		
					名称・所在地	円		
⑧ 通勤災害に関する事項					別紙のとおり			

⑨ 厚生年金保険等の受給関係	① 厚生等の年金証書の基礎年金番号・年金コード							⑩ 被保険者資格の取得年月日	年 月 日
	② 当該傷病に關して支給される年金の種類等	年金の種類	厚生年金保険法のイ、障害年金 ロ、障害厚生年金 国民年金法のイ、障害年金 ロ、障害基礎年金 船員保険法の障害年金						
		障害等級	級						
		支給される年金の額	円						
		支給されることとなった年月日	年 月 日						
		厚生等の年金証書の基礎年金番号・年金コード							
所轄年金事務所等									

③の者については、⑥及び⑦並びに⑨の①及び②並びに別紙の④、⑤、⑥、⑦、⑧、⑨(通常の通勤の経路及び方法に限る。)及び⑩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] 別紙の④、⑤及び⑥について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すこと。また、⑨の①及び②については、③の者が厚生年金保険の被保険者である場合に限り証明すること。

⑩ 障害部位及び状態	(診断書のとおり)	⑪ 既存障害がある場合にはその部位及び状態		
⑫ 添付する書類その他の資料名				
⑬ 年金の払い渡しを受けることを希望する金融機関又は郵便局 (登録している公金受取口座を利用します。)	金融機関等(支店・本所、出張所、支所)	名称	※金融機関店舗コード	
		預金通帳の記号番号	普通・当座 第 号	
	郵便局等(支店・本所、出張所、支所)	フリガナ	※郵便局コード	
		名称		
		所在地	都道府県	市郡区
		預金通帳の記号番号	第 号	

障害給付の支給を請求します。

上記により 障害特別支給金  
 障害特別年金の支給を申請します。  
 障害特別一時金

年 月 日

請求人申請人の 住所

氏名

□本件手続を裏面に記載の社会保険労務士に委託します。

個人番号

振込を希望する金融機関の名称	預金の種類及び口座番号
銀行・金庫 農協・漁協・信組	本店・本所 出張所 支店・支所 普通・当座 第 号 口座名義人

様式第16号の7(裏面)

⑭その他就業先の有無		
有	有の場合の数 (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)
	無	労働保険事務組合又は特別加入団体の名称
社		
労働保険番号(特別加入)		加入年月日
		年 月 日
		給付基礎日額
		円

[注意]

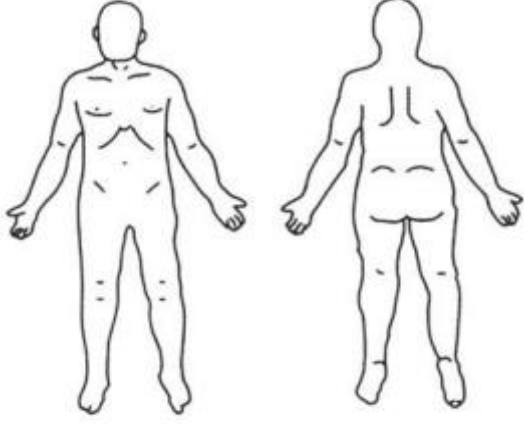
- 1 ※印欄には記載しないこと。
- 2 事項を選択する場合には該当する事項を○で囲むこと。
- 3 ③の労働者の「所属事業場名称・所在地」欄には、労働者の直接所属する事業場が一括適用の取扱いを受けている場合に、労働者が直接所属する支店、工事現場等を記載すること。
- 4 ⑥には、平均賃金の算定基礎期間中に業務外の傷病の療養のため休業した期間が含まれている場合に、当該平均賃金に相当する額がその期間の日数及びその期間中の賃金を業務上の傷病の療養のため休業した期間の日数及びその期間中の賃金とみなして算定した平均賃金に相当する額に満たないときは、当該みなして算定した平均賃金に相当する額を記載すること(様式第16号の6の別紙1に内訳を記載し添付すること。ただし、既に提出されている場合を除く。)
- 5 ⑦には、負傷又は発病の日以前1年間(雇入後1年に満たない者については、雇入後の期間)に支払われた労働基準法第12条第4項の3箇月を超える期間ごとに支払われる賃金の総額を記載すること(様式第16号の6の別紙1に内訳を記載し添付すること。ただし、既に提出されている場合を除く。)
- 6 請求人(申請人)が傷病年金を受けていた者であるときは、
  - (1) ①及び④並びに⑧の別紙は記載する必要がないこと。
  - (2) ②には、請求人(申請人)の傷病年金に係る年金証書の番号を記載すること。
  - (3) 事業主の証明を受ける必要がないこと。
- 7 請求人(申請人)が特別加入者であるときは、
  - (1) ⑥には、その者の給付基礎日額を記載すること。
  - (2) ⑦は記載する必要がないこと。
  - (3) ④並びに⑧の別紙の(ハ)から(ニ)まで、(ワ)及び(カ)の事項を証明することができる書類その他の資料を添えること。
  - (4) 事業主の証明を受ける必要がないこと。
- 8 ⑬については、障害年金又は障害特別年金の支給を受けることとなる場合において、障害年金又は障害特別年金の払渡しを金融機関(郵便貯金銀行の支店等を除く。)から受けることを希望する者にあつては「金融機関(郵便貯金銀行の支店等を除く。)」欄に、障害年金又は障害特別年金の払渡しを郵便貯金銀行の支店等又は郵便局から受けることを希望する者にあつては「郵便貯金銀行の支店等又は郵便局」欄に、それぞれ記載すること。  
 なお、郵便貯金銀行の支店等又は郵便局から払渡しを受けることを希望する場合であつて振込によらないときは、「預金通帳の記号番号」の欄は記載する必要はないこと。  
 また、年金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「登録している公金受取口座を利用します：□」の□にレ点を記入すること。その際、口座情報の記載や通帳の写しの添付等は必要がないこと。
- 9 「個人番号」の欄については、請求人(申請人)の個人番号を記載すること。
- 10 本件手続を社会保険労務士に委託する場合は、「請求人(申請人)の氏名」欄の下の□にレ点を記入すること。
- 11 ⑭の「その他就業先の有無」で「有」に○を付けた場合は、様式第16号の6の別紙3をその他就業先ごとに記載すること。その際、その他就業先ごとに様式第16号の6の別紙1を記載し添付すること。なお、既に他の保険給付の請求において記載している場合は、記載の必要がないこと。

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
			( ) —



# 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	年 月 日
傷 病 名		負 傷 又 は 発 病 年 月 日	年 月 日
		初 診 年 月 日	年 月 日
障 害 の 部 位		治 癒 ( 症 状 固 定 ) 年 月 日	年 月 日
既 往 症		既 存 障 害	
主 な 療 養 内 容 及 び 経 過			
障 害 の 状 態 及 び X P 等 の 所 見	( 図 で 示 す こ と が で き る も の は 図 解 し て 下 さ い 。 )		
			
労 災 保 険 制 度 の ア フ タ ー ケ ア の 必 要 性	有 無	( 有 無 の い ず れ か に ○ を し て く だ さ い 。 な お 、 ア フ タ ー ケ ア の 対 象 と な る ケ ガ や 病 気 は 定 め ら れ て お り 、 一 定 の 障 害 等 級 な ど を 対 象 者 の 要 件 と し て い ま す 。 )	
関 節 の 機 能 障 害 の 有 無	有 無	( 有 無 の い ず れ か に ○ を し て く だ さ い 。 な お 、 有 の 場 合 は 裏 面 の 「 上 下 肢 等 関 節 角 度 測 定 表 」 に 測 定 結 果 を 記 載 し て 下 さ い 。 )	
〒 _____ 電 話 ( _____ ) _____			
上 記 の と お り 診 断 し ま す。		所 在 地 _____	
_____ 年 月 日		名 称 _____	
		診 断 担 当 者 氏 名 _____	

( 裏 面 あ り )

上下肢等関節角度測定表

関節名		中手(足)指節関節		指節間関節		部位		左	右
		左	右	左	右				
母指 [第1足指]	屈曲					母指	橈側外転		
	伸展						掌側外転		
関節名		中手(足)指節関節		近位指節間関節		遠位指節間関節		左	右
		左	右	左	右	左	右		
示指 [第2足指]	屈曲								
	伸展								
中指 [第3足指]	屈曲								
	伸展								
環指 [第4足指]	屈曲								
	伸展								
小指 [第5足指]	屈曲								
	伸展								
運動方向		屈曲(前屈)	伸展(後屈)	回旋		側屈		左	右
				左	右	左	右		
頸部									
胸腰部									
部位		手関節		足関節		ひじ関節		ひざ関節	
		左	右	左	右	左	右	左	右
屈曲(掌屈・底屈)									
伸展(背屈)									
橈屈				部位	肩関節		股関節		
尺屈					運動方向	左	右	左	右
部位		前腕		屈曲(前方拳上)					
		左	右	伸展(後方拳上)					
回内				外転(側方拳上)					
回外				内転					
				外旋					
				内旋					

【注意】

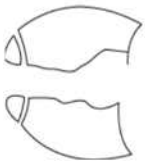
- 1 本測定表のうち、必要部分のみ記載して下さい。
- 2 患側のみならず健側も測定して下さい。
- 3 原則、他動運動により測定して下さい。自動運動で測定した場合には、その理由を記載して下さい。

自動運動で測定した理由

( )

検査年月日		年		月		日	
9	自覚症状	結核菌	塗抹	結核菌	たん	塗抹	+
	結核菌	培養	+	結核菌	滲出液	培養	+
	結核菌	培養	+	結核菌	塗抹	培養	+
	結核菌	培養	+	結核菌	培養	培養	+
10	肺機能検査	身長	cm	1秒量予測値			
	年齢	歳		肺活量予測値			
	第1次検査	年月日		年月日			
	第1次検査	活量		活量			
	第1次検査	努力肺活量		努力肺活量			
	第1次検査	1秒量		1秒量			
	第1次検査	1秒率		1秒率			
	第1次検査	% 1秒量		% 1秒量			
	第1次検査	% 肺活量		% 肺活量			
	第2次検査	検査年月日		検査年月日			
第2次検査	採血の部位		採血から分析終了までの時間				
第2次検査	酸素分圧	Torr	酸素分圧	Torr			
第2次検査	炭酸ガス分圧	Torr	炭酸ガス分圧	Torr			
第2次検査	肺動脈血酸素分圧較差	Torr	肺動脈血酸素分圧較差	Torr			
判定							
療養(要・不要)							

(裏面へ続く)

労働者災害補償保険		診断書		(じん肺用)										
1 氏名等	(男・女)	2 生年月日	大昭平令	年月日										
3 疾病名	(じん肺及び合併症の種類がわかる) 4	じん肺管理区分が管理4(又は4症度)又は管理2若しくは管理3で合併症にかかっていると決定された年月日	年月日	年月日										
5 既往概要	(胸部に関する既往症について記入して下さい。)	初診年月日	年月日	年月日										
6 過去1年間の療養内容及び経過概要	(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)													
7 エックス線写真による検査	 <p>4. エックス線写真の像 イ. 小陰影の区分 (0/_ 0/0 0/1 1/0 1/1 1/2 2/1 2/2 2/3 3/2 3/3 3/+)</p> <table border="1"> <tr> <td>像</td> <td>区分</td> <td>タイプ</td> </tr> <tr> <td>粒状影</td> <td>/</td> <td>p q r</td> </tr> <tr> <td>不整形陰影</td> <td>/</td> <td></td> </tr> </table> <p>ロ. 大陰影の区分 ( A B C ) ハ. 付加記載事項 ( p l p l c co bu ca cv em es px tb )</p>	像	区分	タイプ	粒状影	/	p q r	不整形陰影	/		1. 撮影年月日 年 月 日	2. 写真番号	KV	増感紙
像	区分	タイプ												
粒状影	/	p q r												
不整形陰影	/													
8 胸部に関する臨床検査	検査年月日	年 月 日	検査年月日	年 月 日										
呼吸困難	チアノーゼ	+	チアノーゼ	+										
せき	ばち状指	+	ばち状指	+										
たん	副雑音	+	副雑音	+	(部位)									
心悸亢進	その他		その他											
その他														

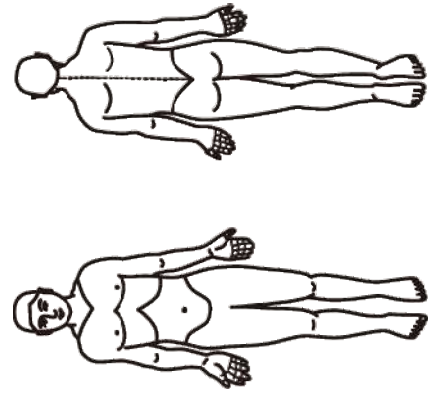
11 日常生活の状況	乗り物や徒歩で病院に通ったり、自宅周囲や病院構内を散歩することができる	可	否
	平地をゆっくりした速度でなら1km程度以上歩くことができる。	可	否
	盆栽の手入れをしたり、草花を育てたりするごく軽い趣味程度の仕事を1時間程度以上続けることができる。	可	否
	坐ってテレビを見たり、新聞を読んだり、字を書いたりすることを1時間程度以上続けることができる。	可	否
	他人の手を借りずに又は借りて、自宅や病棟内をゆっくり歩くことができる。	可	否
	他人の手を借りずに又は借りて、便所で排便することができる。	可	否
	他人の手を借りずに又は借りて、室内をゆっくり歩くことができる。	可	否
	他人の手を借りずに着物を着たり脱いだりできる。	可	否
	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	
病院又は診療所の 名 称		.....	
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。)

労働者災害補償保険 診断書 (せき髄損傷用)	
1 氏名等	(男・女) 大昭平令
3 傷病名	2 生年月日
	4 初診年月日
5 麻痺の状況	有 (第 脳以下完全・不全) 神経因性膀胱 有・無
6 及過 び去 1 年 間の 概 要 療 養 の 内 容	せき髄、せき椎 に対する治療
	四肢に対する 治療
7 運 動 器 系 の 所 見	尿路に対する 治療
	その他
8 泌尿器系所見	検査年月日 ( ) 左 右 ( ) 膀胱 ( ) 尿管 ( ) 膀胱 ( ) 尿管 ( ) 尿管 ( ) 尿管 ( ) 尿管 ( )
9 日常生活の状況	(1) 食事 1. 自助具を用いても不能 (理由) 2. 自助具を用いられは可能 (理由) 3. 介助不要 (理由) (2) 上肢筋力 1. 体を支持することができない (理由) 2. 体を支持し、又は物につかまって上体を起こすことができる (理由) 3. 車いすを介助なく運転することができる (理由) (3) 歩 行 1. 不能(自力で立位が保てない) (理由) 2. 補装具、支持具を用いなければ歩行することができない (理由) 3. 自力(一本杖を含む)で歩行することができる (理由) (4) 療養管理 1. 終日臥床 (理由) 2. 行動範囲は自宅、病棟内のみ (理由) 備考： 今後もヶ月以内における上記症 有 (理由) 状の変化の算定の有無 無
10 異 常 の 所 見	(同一災害による「せき髄損傷」以外の障害の概要)
11 今 後 の 治 療 の 要 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
12 その他参考事項	(1) 本症と関係のない傷病に関する所見及び治療 (2) 既往症又は既存障害
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)

労働者災害補償保険 診断書 (じんせき じゅう しゃい がいほけん)	
1 氏名等	2 (男・女) 生年月日 大昭平令 年 月 日 3 傷病名 負傷年月日 年 月 日 4 初診年月日 年 月 日 (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)
5 過去1年間に おける療養の 内容及び経過 の概	
6 主訴 (列挙して下下さい)	
7 他所 的見	(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。



8 エックス線、心 筋電図、脳波及び 筋電図等の所見 (視機能又は聴機能に障害がある場合にはその検査所見)	検査年月日 ( )
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 終日臥床 自宅、病棟内でのみ行動できる 通院(単独歩行)できる (2) 食 事 全く自用を弁じない 他人の介助によってできる (3) 用 便 支障がない 全く自用を弁じない 他人の介助によってできる (4) 精神能力 支障がない 常に他人の嚴重な注意を要する 随時他人の注意を要する (5) 言語能力 通院可能であるが就労できない 完全な失語あるいは構音機能のそう失 他人との間でようやく意思を通じあうことができる 支障がない
11 今後の治療 の要否とそ の概	備考： 今後6ヶ月以内における上記症 状の変化の見込みの有無 有 無 (理由) 入院 要 否 (概要) 治療 要 否
12 その他の 参考事項	(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
13 今後6ヶ月間の療養等の見通し (要入院、通院(全部休業を要す、一部休 業を要す等)、治ゆ(症状固定を含む。) 等の見通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 所 在 地 ..... 下 病院又は診療所の 名 ..... 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。)

労働者災害補償保険  
障害の状態に関する診断書

氏名		生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和	年 月 日
負傷(発症) 年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	治 癒	昭和 平成 令和
傷病名				
障害の部位				
障害 の 状態 の 詳細	計測部位又は検査の種類		計測又は検査の結果	
	検査 の 運動 範囲 の 計測 又は 検査 の結果			
日常生活の状況 (該当する事項の 項目に記入し て下さい。)	(1) 行動能力	終日臥床 自宅、病棟内でのみ行動できる 通院(単独歩行)できる		
	(2) 食 事	全く自用を弁じない 他人の介助によってできる 支障がない		
	(3) 用 便	全く自用を弁じない 他人の介助によってできる 支障がない		
	(4) 精神能力	常に他人の嚴重な注意を要する 随時他人の注意を要する 通院可能であるが就労できない 支障がない		
	(5) 言語能力	完全な失語あるいは構音機能のそう失 他人との間でようやく意思が通じあ うことができる 支障がない		

以上のとおり診断します。

令和 年 月 日

病院又は  
診療所の

所在地

名 称

診療を行った医師の氏名

( 電話 )

(注) については、介護(補償)給付を受給している方のみ記入してください。

# 振動障害診断所見書

## 1. 氏名等

氏名	生年月日	大昭平令	年	月	日	( 歳 )
	現住所					
認定年月日	年	月	日	治療区分	入院・通院	回/週・月
就労	無・有( )	職業中の振動工具の使用		無・有( )		

(注)「就労」及び「職業中の振動工具の使用」欄は、職業中の実態のことであり、( )内はその種要を記入すること。

## 2. 末梢循環障害、末梢神経障害の自覚症状・身体所見 (1) 末梢循環障害(V)

項目及び部位	発現	程度 (レイノー現象については頻度)	レイノー現象の確認時期	自訴がある・確認が未確認	確認の方法
レイノー現象	無・有	回/日・週・年			
手指の冷え	左	無・有	土・十・廿・卅		(右) (左)
	右	無・有	土・十・廿・卅		
手指のしびれ	左	無・有	土・十・廿・卅		(右) (左)
	右	無・有	土・十・廿・卅		
その他( )	無・有	土・十・廿・卅			
総合評価	S( )				

(注1) 末梢循環障害「有」の場合は、上図に発現部位等を色で図示すること(表示は何節までかまたはつきり示すこと)。

レイノー現象(赤色) 冷え(青色) しびれ(黒色)

(注2) 程度の評価は、次の区分により記入すること。

- (土) わずかにある
- (十) ある
- (卅) かなりある
- (卅) ひどくある

(注3) 総合評価は次の区分により記入すること。

- S<sub>0</sub> = ( - , 土 )
- S<sub>1</sub> = ( 十 )
- S<sub>2</sub> = ( 卅 )
- S<sub>3</sub> = ( 卅 )

## (2) 末梢神経障害(N)

項目及び部位	発現	程度
知覚鈍麻	左	土・十・廿・卅
	右	土・十・廿・卅
手指・前腕のしびれ	左	土・十・廿・卅
	右	土・十・廿・卅
手指・前腕の痛み	左	土・十・廿・卅
	右	土・十・廿・卅
その他( )	無・有	土・十・廿・卅
総合評価	S( )	

知覚鈍麻(赤色)

しびれ(黒色)

痛み(青色)

(注1) 末梢神経障害「有」の場合は、右図に発現部位等を色で図示すること(何節までかまたはつきり示すこと)。

(注2) 程度の評価は、次の区分により記入すること。

(注3) 総合評価は次の区分により記入すること。

- (土) わずかにある
- (十) ある
- (卅) かなりある
- (卅) ひどくある

- S<sub>0</sub> = ( - , 土 )
- S<sub>1</sub> = ( 十 )
- S<sub>2</sub> = ( 卅 )
- S<sub>3</sub> = ( 卅 )







5. その他の検査等

手関節	肘関節		その他の		
	左	右	左	右	
エックス線			部位( )		
瞬発握力	[利き手] 左・右	区分	瞬発握力(kg)	1回目	2回目
		左			
		右			
血圧	～ mmHg				
振動障害以外の 他の疾病の有無 及び疾病名	無・有( )				
その他					

- (注1) 「エックス線」の検査は、原則として3～5年に1回(必要に応じて1年に1回)とすること。  
 (注2) 「瞬発握力」は、握力検査の最初の2回の大きい方の値とすること。  
 (注3) 「その他」は、サーモグラフィ検査、指尖容積脈波検査、血管造影検査、体性感覚誘発電位検査、神経伝導速度検査、筋電図検査、手指の運動等必要と思われた検査を実施した場合のみ記入すること。

6. 総合判定

判定	末梢循環障害 (V)		末梢神経障害 (N)	
	自覚症状 身体所見	検査成績	自覚症状 身体所見	検査成績
	S ( )	L ( )	S ( )	L ( )
定	運 動 器 障 害		運 動 器 障 害	
	1. 疾病の有無	無・有 ( )	1. 疾病の有無	無・有 ( )
	2. 手術的療法	不要・要 ( )	2. 手術的療法	不要・要 ( )

7. 総合意見等

治療内容、治療経過等について	
症状経過、治療効果等についての意見	

令和 年 月 日

診療機関

医師氏名

印

振動障害に関する意見書			
1 氏名	(男・女)	2 生年月日	大正 昭和 平成
3 住所			
4 現在の自覚症状と検査所見			
末梢循環障害	自覚症状	V ( S )	( )
末梢神経障害	自覚症状	N ( S )	( )
運動器障害	自覚症状	N ( L )	( )
	検査所見	障害	有 無
		手術	要 否

5 当院における経過	末梢循環障害	自覚症状の経過 検査所見の経過
	末梢神経障害	自覚症状の経過 検査所見の経過
	運動器障害	自覚症状の経過 検査所見の経過

6 治療内容及びその効果	
7 他疾患の有無とその概要	
8 総合意見	(症状固定の見込時期等を含めての意見)

上記のとおり意見を申し述べます。

令和 年 月 日

病院又は診療所の所在地

名称

診断医師名

 (氏名押印又は署名)

(印)



殿

労働基準監督署長 殿

医療機関名 \_\_\_\_\_ 印  
医師氏名 \_\_\_\_\_

労働基準監督署長

症状等の照会について（初回）

症状等の照会に対する意見

令和 年 月 日付で照会ありました、下記1に係る傷病労働者の症状等について、下記2のとおり回答いたします。

労災診療につきましては、平素よりご協力を賜り厚くお礼申し上げます。  
さて、私どもは長期にわたり療養している傷病労働者に対する適正な保険給付を行うため、療養開始後（6ヶ月・1年）を経過いたしました下記1の傷病労働者の症状等を把握する必要がありますので、ご多忙中恐縮ですが、下記2の事項について「別紙」により令和 年 月 日までご意見を賜りたくお願いいたします。

記

- 1 傷病労働者  
氏名 \_\_\_\_\_（生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日生 男・女）  
傷病名 \_\_\_\_\_

2 照会事項に対する意見等

(1) 現在 (令和 年 月 日 現在)までの治療経過及び 症状の経過	
(2) 現在の症状についての 所見	
(3) 療養が長期にわたった 原因	
(4) 更に療養が必要な場合 は、具体的な治療方針及び 方法	
(5) 休業が必要な場合はその 理由	
(6) 治ゆ（症状固定）の見込 時期及び予想される残存 障害（照会時、既に治ゆして いた場合は、治ゆ年月日及び 残存障害の有無とその程度）	
(7) その他の参考事項	

記

- 1 傷病労働者  
(1) 労働保険番号 - - - - -  
(2) 氏 名 \_\_\_\_\_（生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日生 男・女）  
(3) 傷病名 \_\_\_\_\_

2 照会事項

- (1) 現在（令和 年 月 日現在）までの治療経過及び症状の経過
- (2) 現在の症状についての所見
- (3) 療養が長期にわたった原因
- (4) 更に療養が必要な場合は、具体的な治療方針及び方法
- (5) 休業が必要な場合はその理由
- (6) 治ゆ（症状固定）の見込時期及び予想される残存障害  
（照会時、すでに治ゆしていた場合は、治ゆ年月日及び残存障害）
- (7) その他の参考事項

労災保険における「治ゆ」の取扱いについては、同封した「労災保険における「治ゆ」（症状固定）の取扱い」を参照願います。

令和 年 月 日

[別紙]

令和 年 月 日

殿

労働基準監督署長 殿

労働基準監督署長

医療機関名 \_\_\_\_\_

医師氏名 \_\_\_\_\_ 印

症状固定等に関する照会について

傷病労働者

に係る照会に対する回答及び意見

労災診療につきましては、平素よりご協力を賜り厚くお礼申し上げます。  
さて、過日貴院において治療中の下記の傷病労働者について平成・令和 年 月 日付(面談調査・文書照会)をいたし、貴院より別添写のとおりのご回答をいただいております。

さて、このご回答によりまして同人の症状固定時期については「平成・令和 年 月 頃」とされ  
ておりますが、その時期が到来いたしましたことから、あらためて現在の症状・治療内容及び症状固定時期  
等について確認の必要が生じました。

このため、ご多忙中誠に申し訳ありませんが、現在の症状・治療内容及び症状固定時期等の事項に関し[別  
紙]により令和 年 月 日までにご意見を賜りたいと思っております。

なお、[別紙]の余白が狭く記載できない場合には、任意の用紙で結構ですのでよろしくお願い申し上げます。

また、既にご承知されていると思いますが、労災保険制度における治ゆ・症状固定とは同封した「労災保  
険における「治ゆ」(症状固定)の取扱い」に記載されているとおりであり、それ以上の治療の効果が期待で  
きない状態を意味し、障害が致存する場合はその障害の程度に応じた障害(補償)給付・障害(補償)年金  
を行うこととなっておりますことを念のため申し添えます。

記

1 傷病労働者  
(1) 労働保険番号

(2) 氏名 \_\_\_\_\_ (生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日生 男・女)  
(3) 傷病名 \_\_\_\_\_ 傷病部位 \_\_\_\_\_

2 照会事項  
[別紙]の項目のとおり。

令和 年 月 日付で照会ありました、傷病労働者 \_\_\_\_\_ に係る照会について下  
記

(現在の傷病名 \_\_\_\_\_ )

1 既に治ゆ・症状固定している 場合	治ゆ・症状固定年月日	平成・令和 年 月 日
2 中止の場合	中止年月日 【その理由】	平成・令和 年 月 日
3 継続治療している場合	現在の主たる治療内容及び目的  治療の頻度 月現在 [入院中] 月現在 [月・週 回復度の通院] 検査の有無 (有・なし) 【有の場合は実施時期・種類及びその結果】  手術の実施の有無(有・なし) 【有の場合は実施時期・種類及びその結果】  労働の可否	
4 前記「3」からみた治ゆ・症 状固定時期等	治ゆ・症状固定時期 「 」の判断根拠	令和 年 月 頃
5 その他の参考事項 (手術の予定等)		

