

労 災 保 険
指 定 薬 局 事 務 必 携

令和5年4月

岩 手 労 働 局

目 次

I	薬剤費請求書及び薬剤費請求内訳書の取扱要領	
1	薬剤の給付	1
2	請求手続	1
3	薬剤費請求書の作成単位等	1
4	編綴順序	4
5	OCR帳票の取扱い	5
6	薬剤費請求書及び内訳書の記入要領	6
7	薬剤費請求書の提出期限及び提出先	7
8	指定薬局の登録内容の変更	7
II	労災保険指定薬局療養担当契約事項	9
III	社会復帰促進等事業におけるアフターケア制度	
1	アフターケア制度	11
2	アフターケアの対象傷病	11
3	労災診療費とアフターケアとの違いについて	12
4	アフターケアの請求手続等	12
5	傷病コード表	12
6	保健のための薬剤一覧表	13
IV	労災保険関係様式	17
V	都道府県労働局及び労働基準監督署コード表	37
VI	労災レセプトのオンライン請求	41

I 薬剤費請求書及び薬剤費請求内訳書の取扱要領

I 薬剤費請求書及び薬剤費請求内訳書の取扱要領

1 薬剤の給付

労災保険の療養の給付の一つとして、傷病の治療に必要な薬剤が支給されますが、この薬剤の給付を行う薬局が労災保険指定薬局（以下『指定薬局』といいます。）です。

指定薬局は、傷病労働者から薬剤の給付を求められた場合は、最初にその労働者から『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』（告示様式第5号-21頁）又は『療養給付たる療養の給付請求書』（告示様式第16号の3-25頁）を提出させたいえ、傷病労働者の診療を担当した医師から交付された処方箋によって薬剤の給付を行うことになります。

この場合、その指定薬局は提出された処方箋が、診療を担当した医師からその労働者の業務上の負傷又は疾病について交付されたものであることを確認したうえで、薬剤の給付を行う必要があります。

ただし、緊急止むを得ない事由によって療養の給付請求書を提出することができない労働者については、遅滞なく提出させることで処理して差し支えありません。

2 請求手続

薬剤費の算定は、健康保険法の規定による療養に要する費用の額の算定方法の『調剤報酬点数表』により算定することになります。

労災保険の薬剤費の請求は、『労働者災害補償保険薬剤費請求書』（指薬機様式第1号-18頁）に傷病労働者ごとに作成した『薬剤費請求内訳書』（指薬機様式第2号・第3号-19頁～20頁）（以下『レセプト』といいます。）を添付して、各月分について毎月10日（必着）（10日が閉庁日の場合は、その直後の開庁日）までに岩手労働局長に対して行います。

レセプト様式のうち、通常は指薬機様式第2号（短期給付用レセプト）をご使用ください。

指薬機様式第3号（長期給付用レセプト）は、傷病（補償）等年金に移行した場合に限って使用することになります。

なお、何らかの理由により薬剤費を支払えない事案が生じた場合には、請求のあった指定薬局の薬剤費から減額して支払うこととなりますのでご注意ください。

3 薬剤費請求書の作成単位等

(1) 作成単位

請求書を作成する際には、「初回請求分」と「2回目以降（継続）の請求分」の2口に大別し、それぞれが一番上に薬剤費請求書を、次にレセプトを「短期給付（「傷病（補償）等年金」以外の給付をいいます。）」・「長期給付」の順にまとめてください。編綴順序は4頁の例を参考にしてください。

○ 「初回請求分」となるレセプトは次のとおりです。

イ 労働者が被災後最初に調剤を受けた「指定薬局」の最初の月のレセプト。

ロ 当初労災非指定薬局で調剤を受け、その後に「指定薬局」で調剤を受けた最初の月のレセプト

ハ 傷病が「再発」後、最初に調剤を受けた「指定薬局」の最初の月のレセプト。

※ 請求書提出時には、「業務災害」であれば、当該傷病労働者が提出した「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」（告示様式第5号-21頁）を、「通勤災害」であれば、「療養給付たる療養の給付請求書」（告示様式第16号の3-25頁）を当該傷病労働者のレセプトに必ず添付してください。

○ 「2回目以降（継続）の請求分」となるレセプトは次のとおりです。

イ 最初に調剤を行った月（初回分）の翌月以降のレセプト。

ロ 他の「指定薬局」から薬局を変更してきた場合のレセプト。

ハ 傷病（補償）等年金の支給決定を受けた者のレセプト。

※ ロ及びハの場合「指定病院等（変更）届」（告示様式第6号又は16号の4-23頁、27頁）をレセプトに添付してください。

(2) 労働保険番号の構成

府 県	所 掌	管 轄	基 幹 番 号	枝 番 号
○ ○	○	○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○
(2 桁)	(1 桁)	(2 桁)	(6 桁)	(3 桁)

例 ↑ ↑

岩手……03 01……盛岡監督署
 02……宮古 "
 03……花巻 "
 04……釜石 "
 05……一関 "
 06……二戸 "
 07……大船渡 "

※ 岩手県以外の府県及び管轄については、「都道府県労働局及び労働基準監督署コード表」（37頁～39頁）に記載しています。

(3) 管轄する監督署

○ 一般的には、労働保険番号の管轄コード欄に記載された監督署が管轄します。

例…府県 03 ・管轄 01 の場合は盛岡監督署が管轄します。

○ 事務組合に事務委託している事業場（基幹番号が90万台）の場合には、事業場の所在地（住所）を管轄区域とする監督署が管轄します。

府 県	所 掌	管 轄	基 幹 番 号	枝 番 号
03	1	01	<u>90</u> 0 0 7 4	○ ○ ○

基幹番号が90万台で事業場の所在地（住所）が釜石市の場合…労働保険番号の管轄は01で盛岡監督署ですが、釜石市を管轄区域とする釜石監督署の管轄となります。

- 継続事業の一括扱いの認可（労働保険徴収法第9条適用事業）を受けている場合には、労働保険番号が本社の番号であっても、各支店、営業所等の所在地（住所）を管轄区域とする監督署が管轄します。

府 県	所 掌	管 轄	基 幹 番 号	枝 番 号
1 3	1	0 1	3 0 0 0 7 4	○ ○ ○

本社が東京都中央区で支店が岩手県花巻市（継続一括認可事業場）の場合・・・労働保険番号の府県 **13**・管轄 **01** で中央監督署となっていますが、花巻市を管轄区域とする花巻監督署の管轄となります。

(4) 岩手労働局管内の労働基準監督署管轄コード、管轄区域

コード 局 署	局署名	所 在 地 (郵便番号)	電 話 番 号	管 轄 区 域
03	岩 手	盛岡市盛岡駅西通1-9-15 盛岡第2合同庁舎 5階 (〒020-8522)	019(604)3009	
01	盛 岡	盛岡市盛岡駅西通1-9-15 盛岡第2合同庁舎 6階 (〒020-8523)	019(907)9213	盛岡市、八幡平市、滝沢市、岩手郡、紫波郡
02	宮 古	宮古市緑ヶ丘5-29 (〒027-0073)	0193(62)6455	宮古市、田野畑村、岩泉町、山田町
03	花 巻	花巻市城内9-27 花巻合同庁舎2階 (〒025-0076)	0198(20)2302	花巻市、北上市、奥州市のうち水沢・江刺・胆沢、遠野市のうち宮守町、西和賀町、金ヶ崎町
04	釜 石	釜石市上中島町4-3-50 NTT 東日本上中島ビル1階 (〒026-0041)	0193(23)0651	釜石市、遠野市《花巻労働基準監督署管轄区を除く》、大槌町
05	一 関	一関市旭町5-11 (〒021-0864)	0191(23)4125	一関市、平泉町、奥州市のうち前沢・衣川
06	二 戸	二戸市石切所字荷渡6-1 二戸合同庁舎2階 (〒028-6103)	0195(23)4131	二戸市、久慈市、一戸町、普代村、九戸郡
07	大船渡	大船渡市大船渡町字台13-14 (〒022-0002)	0192(26)5231	大船渡市、陸前高田市、住田町

(5) 年金証書番号の構成

管 轄 局	種 別	西 暦 年	番 号
○ ○	1	□ □	△ △ △ △

管轄局 「都道府県労働局コード表」(37～39頁)を参照してください。

種 別 1……傷病(補償)等年金 3……障害(補償)等年金 5……遺族(補償)等年金

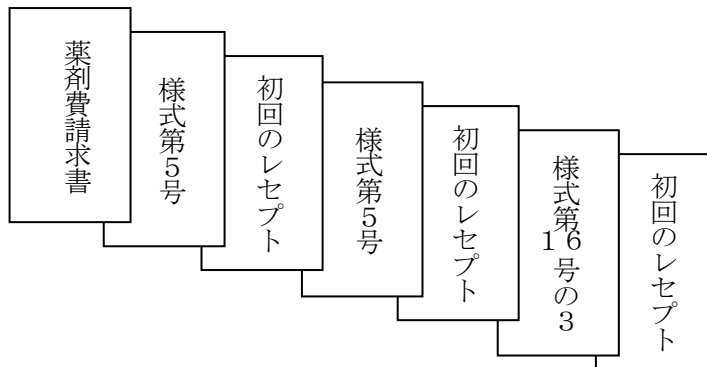
傷病(補償)等年金の請求の際は、長期用レセプト(左上部に(傷)と記載)をご使用ください。

※ 傷病(補償)等年金の年金証書番号とアフターケアの健康管理手帳番号は全く別のものです。健康管理手帳番号で、レセプト請求することはできませんのでご注意ください。

4 編綴順序及び作成上のポイント

(1) 「初回請求分（再発を含みます。）」

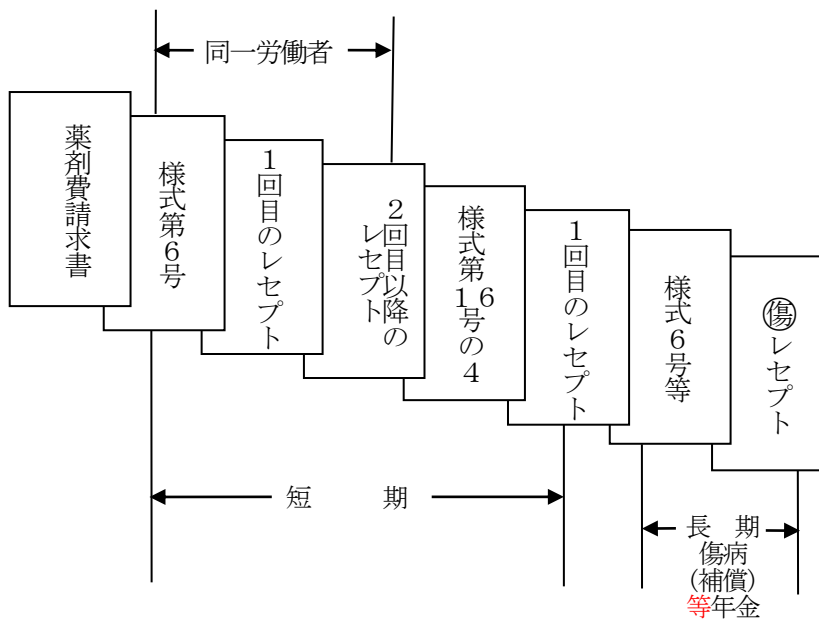
初回請求レセプトには、様式第5号（通勤災害の場合は様式第16号の3）を添付してください。



(2) 「2回目以降（継続）の請求分」

2回目以降のレセプトに添付するものではありません。

ただし、薬局を変更した場合や傷病（補償）等年金の支給決定を受けた場合には、最初のレセプトに様式第6号（通勤災害の場合には様式第16号の4）を添付してください。（様式6号等の「写」を添付しても差し支えありません。）



[注1] OCR帳票には、別紙などの「貼り付け」はしないようにし、明細書等をコンピュータ処理している場合は別紙を添付してください。

[注2] 請求書とレセプトをまとめて綴じ込む場合は、「綴じ穴」を利用してコヨリ等で上部1ヶ所をゆるめに綴じてください。

5 OCR帳票（薬剤費請求書、内訳書、アフターケア委託費請求書及び内訳書）の取扱い

(1) OCR帳票の取扱い

- イ OCR帳票は、直射日光や湿気の多いところを避けて保存してください。
- ロ OCR帳票は、破れたものや汚したりしたものは使用しないでください。
また、郵送等の際には折り曲げないようにしてください。
- ハ OCR帳票には、別紙などの「貼り付け」はしないようにし、明細書等をコンピュータ処理している場合や、レセプトに記入しきれないときは別紙を添付してください。
- ニ 請求書とレセプトをまとめて綴じ込む場合は、「綴じ穴」を利用してコヨリ等で上部綴じ穴1ヶ所をゆるめに綴じてください。

(2) OCR帳票の記入上の注意事項

- イ 筆記用具は、必ず「黒のボールペン」を使用し、「ボテ」「カスレ」等のないようにしてください。
- ロ 数字は、次のような「標準字体」にならって、記入枠の中に大きめに書いてください。
ただし、記入枠からはみ出したり、小さ過ぎないように注意してください。

例1 記号 数字

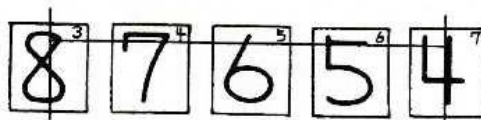
¥ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

○…特徴点 △…空ける部分

- ハ 記入した数字を訂正するときは、次のように枠の上下を少しはみ出すように縦に線を引き、枠内の右上隅に正しい数字を例2のように訂正してください。なお、複数以上の数字を訂正するときは、例3のように訂正してください。

例2 (1字の場合)

例3 (複数字の場合)



また、記入すべきでなかったところの記入枠へ記入したとき（空欄とすべきもの）は、「例2」の訂正に更に横線を引いて抹消してください。

なお、砂消しゴム、修正テープ、修正液及びインク消し等を用いての訂正や二重書きは絶対しないでください。

- ニ 数字のゴム印を使用する場合は、「標準字体のゴム印」を使用し、必ず黒インクを使用してください。

- ホ 労働保険番号については「0」を省略しないで記入してください。

(例)

府 県	所 掌	管 轄	基 幹 番 号	枝 番 号
03	1	01	<u>00</u> 6789	000

(3) OCR帳票の配付

イ OCR帳票の種類

薬剤費

物品番号	請求書等の名称
7 2 2 2 4	労働者災害補償保険薬剤費請求書
7 2 2 2 5	薬剤費請求内訳書
7 2 2 2 6	薬剤費請求内訳書 (傷)

アフターケア委託費

物品番号	請求書等の名称
8 1 2 0 2	アフターケア委託費請求書 (薬局用)
8 1 2 0 5	アフターケア委託費請求内訳書 (薬局用)

ロ 連絡先

使用するOCR帳票の種類と枚数を、下記へ電話にてご連絡ください。

[連絡先]

岩手労働局 労働基準部 労災補償課

TEL 019-604-3009

6 薬剤費請求書及び内訳書の記入要領

(1) 薬剤費請求書

- イ 「※」のある項目（修正項目番号、②受付年月日、修正欄）は記入しないでください。
- ロ 「③ 請求金額」は、被災労働者ごとに作成したレセプトの「⑪合計額」（長期用のレセプトは「⑨合計額」）の総額を記入し、請求金額の頭に「¥」マークを必ず記入してください。
「③請求金額」の訂正はできませんので、この場合は改めて作成してください。
- ニ 「④ 内訳書添付枚数」は、レセプトの添付枚数を記入してください。
レセプト以外の「療養の給付請求書」「明細書」等の枚数は含めないでください。
- ホ 「⑤ 請求年」は、⑥の「請求月」の属する年を記入してください。
- へ 「⑥ 請求月」は、添付しているレセプトの中で最新の「投薬月」を記入してください。

(2) 薬剤費請求内訳書

- イ 「薬剤費請求内訳書」は短期給付用と長期給付用の2種類があります。
長期給付用（様式の左上部に傷の表示があるもの）は、傷病（補償）等年金の受給権者に係る薬剤の給付を行った場合に使用してください。
- ロ 「⑪合計額」には「¥」マークを記入しないでください。

7 薬剤費請求書（薬剤費・アフターケア委託費）の提出期限及び提出先

(1) 提出期限

毎月10日必着（10日が閉庁日の場合は、その直後の開庁日になります。）

(2) 提出先

岩手労働局 労働基準部 労災補償課 分室

〒020-8522

盛岡市盛岡駅西通1-9-15 盛岡第2合同庁舎 6階

TEL 019 (604) 6200

8 登録内容の変更について

指定薬局の下記登録内容に変更が生じた場合には、速やかに届出を行ってください。

- (1) 薬局を廃止、休止若しくは薬局を再開したとき
- (2) 管理薬剤師に異動があったとき
- (3) 開設者の氏名又は住所が変更されたとき
- (4) 薬局の名称が変更されたとき
- (5) 支払いを受ける金融機関又は口座を変更したとき

(1) 及び (2) の変更時には、『指定・指名機関登録（変更）報告書』（33頁）を、(3)、(4) 及び (5) の変更時には、『指定薬局・指名機関（変更）報告書』（診機様式第22号・23号-34頁～35頁）を記入のうえ岩手労働局あて送付してください。

II 勞災保險指定藥局療養担当契約事項

労災保険指定薬局療養担当契約事項

(昭和39年2月20日付け基発第185号)

改定 昭和52年10月21日付け基発第585号

改定 昭和61年9月24日付け基発第554号

改定 平成7年3月31日付け基発第169号

改定 平成7年7月25日付け基発第477号

改定 平成23年6月24日付け基発0624第1号

改定 令和2年12月25日付け基発1225第1号

(療養の給付等の担当)

- 1 労災保険指定薬局（以下「指定薬局」という。）は、労働者災害補償保険法第13条第2項第2号、**第20条の3**、第22条第2項及び第29条第1項第1号に基づく療養（補償）等給付、社会復帰促進等事業に係るアフターケア及び外科後処置のうち、薬剤の支給を行うこと。

(療養の給付請求書等の処理)

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

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

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

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

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

(療養給付等の担当方針)

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

(所轄監督署長への通知)

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

(薬剤費の算定)

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

(薬剤費の請求)

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

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

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

(アフターケア及び外科後処置に係る薬剤費の請求等)

- 7 アフターケア及び外科後処置に係る薬剤費の支給に関する費用の請求及びその様式については、それぞれ別に通達で定めることによること。

(処方箋の保存)

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

(指定期間)

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

(標札の啓示)

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

(指定の取消)

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

- (1) 薬剤の支給に要した費用の請求については、不正行為があったとき
- (2) 関係法令又は本契約事項に違反したとき
- (3) その他指定薬局として存続させることが不相当と認められる行為があったとき

(変更の届出)

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

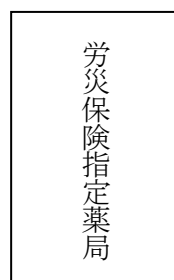
- (1) 薬剤を廃止、休止若しくは薬局を再開したとき
- (2) 管理薬剤師に異動があったとき
- (3) 開設者の氏名又は住所が変更されたとき
- (4) 薬局の名称が変更されたとき
- (5) 支払いを受ける金融機関又は口座を変更したとき

(施行期日等)

- 13 平成23年6月24日付け基発0624第1号による改正後の本契約事項は、平成23年10月1日から実施し、施行日前に指定した指定薬局にも適用する。

ただし、施行日前に指定した指定薬局であって、外科後処置に係る薬剤の支給を行わない場合には、所轄労働局長に書面による申し出を行うことで、本契約事項を適用せずなお従前の例によることとする。

(則様式 第3号)



文字	白
地色	濃紺
横	5.5センチメートル
縦	10センチメートル

Ⅲ 社会復帰促進等事業におけるアフターケア制度

Ⅲ 社会復帰促進等事業におけるアフターケア制度

1 アフターケア制度

傷病の症状が安定し医学上一般に認められた治療を行っても治療効果が期待できない状態（以下「治ゆ」といいます。）になった労働者に対し、必要に応じ予防その他の保健上の措置を行って労働能力を維持回復させ、円滑な社会復帰を促進するため、社会復帰促進等事業としてのアフターケアを行っています。

アフターケアでは、季節、天候の変化に伴い後遺症状に動揺をきたすおそれのある傷病と後遺障害に付随する疾病を発生させるおそれのある傷病を対象傷病として定め、これに対する保健上の措置として診察、検査、保険のための薬剤の支給等を行うこととしています。

2 アフターケアの対象傷病

アフターケアの対象傷病は、次の20傷病となっています。この対象傷病にり患し治ゆした後、都道府県労働局長が必要と認めた場合に、**健康管理手帳**（29頁～30頁）（以下「手帳」といいます。）を交付しています。交付年月日以降に処方された薬剤をアフターケアにより請求することになります。

なお、アフターケア対象者がアフターケアを受けるには、**労災指定医療機関等に手帳を提示**する必要があります。提示のない場合や、手帳の有効期限の切れている場合等についてはアフターケアを受けることはできません。

また、再発等によって、アフターケアから労災保険制度における療養（労災診療費）を要する状態になった場合には、再発年月日以降アフターケアを受けることはできません。薬局も同様の取扱いとなりますのでご注意ください。

ご不明の点は、最寄の労働基準監督署又は岩手労働局労働基準部労災補償課にお問い合わせください。

[対象傷病]

- ① せき髄損傷
- ② 頭頸部外傷症候群等（頭頸部外傷症候群、頸肩腕障害、腰痛）
- ③ 尿路系障害
- ④ 慢性肝炎
- ⑤ 白内障等の眼疾患
- ⑥ 振動障害
- ⑦ 大腿骨頸部骨折及び股関節脱臼・脱臼骨折
- ⑧ 人工関節・人工骨頭置換
- ⑨ 慢性化膿性骨髄炎
- ⑩ 虚血性心疾患等
- ⑪ 尿路系腫瘍
- ⑫ 脳の器質性障害
- ⑬ 外傷による末梢神経損傷
- ⑭ 熱傷
- ⑮ サリン中毒
- ⑯ 精神障害
- ⑰ 循環器障害
- ⑱ 呼吸機能障害
- ⑲ 消化器障害
- ⑳ 炭鉱災害による一酸化炭素中毒

3 労災診療費とアフターケアとの違いについて

労災保険制度における療養（労災診療費）では、被災された労働者に対し健康保険の取扱いとほぼ同様に、医学上一般に認められる治療行為を行うことができますが、アフターケアでは、これが治癒後の保健上の措置であることから、診察、保健指導、検査、保健のための薬剤の支給等に限定して行うこととしています。

また、保健のために支給できる薬剤の内容についても、対象傷病ごとにそれぞれ定められています。（「保健のための薬剤一覧表」－13頁～15頁）

4 アフターケアの請求手続等

アフターケア対象者が受診する際には、その都度、健康管理手帳を指定医療機関等に提示することになっています。

アフターケアに要した薬剤費の請求は、毎月分の費用の合計額を「アフターケア委託費請求書（薬局用）」（31頁）により請求しますが、この請求の際には、「アフターケア委託費請求内訳書（薬局用）」（32頁）を1回の処方年月日ごとに1枚作成し、アフターケア委託費請求書に添付してください。

なお、薬剤費の算定は、健康保険法の規定による療養に要する費用の額の算定方法『調剤報酬点数表』により行ってください。

5 傷病コード表

アフターケア委託費請求内訳書に記載する傷病コードは次のとおりです。

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	(ペースメーカー及び除細動器)		

6 保健のための薬剤一覧表

対 象 傷 病	保 健 の た め の 薬 剤
① せき髄損傷	① 抗菌薬（抗生物質、外用薬を含みます。） 尿路感染者、尿路感染のおそれのある方及び褥瘡のある方を対象とします。 ② 褥瘡処置用・尿路処置用外用薬 ③ 排尿障害改善薬及び頻尿治療薬 ④ 筋弛緩薬（鎮痙薬を含みます。） 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 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（外用薬を含みます。） ⑨ 整腸薬、下剤及び浣腸薬
② 頭頸部外傷症候群等 （頭頸部外傷症候群、 頸肩腕障害、腰痛）	① 神経系機能賦活薬 ② 向精神薬 頭頸部外傷症候群に限ります。 ③ 筋弛緩薬 ④ 鎮痛・消炎薬（外用薬を含みます。） ⑤ 循環改善薬（鎮暈薬、血管拡張薬及び昇圧薬を含みます。） 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するものです。
③ 尿路系障害	①～⑤の薬剤については、尿道ブジー及び尿路処置の実施の都度、必要に応じて1週間分程度支給することができます。 ① 止血薬 ② 抗菌薬（抗生物質を含みます。） ③ 自律神経薬 ④ 鎮痛・消炎薬 ⑤ 尿路処置用外用薬 ⑥ 排尿障害改善薬及び頻尿治療薬
⑤ 白内障等の眼疾患	① 外用薬 ② 眼圧降下薬
⑥ 振動障害	① ニコチン酸薬 ② 循環ホルモン薬 ③ ビタミンB ₁ 、B ₂ 、B ₆ 、B ₁₂ 、E剤 ④ Ca拮抗薬 ⑤ 交感神経α ₁ 受容体抑制薬 ⑥ 鎮痛・消炎薬（外用薬を含みます。）
⑦ 大腿骨頸部骨折及び 股関節脱臼・脱臼骨折	鎮痛・消炎薬（外用薬を含みます。）
⑧ 人工関節・人工骨頭置換	鎮痛・消炎薬（外用薬を含みます。）
⑨ 慢性化膿性骨髓炎	① 抗菌薬（抗生物質、外用薬を含みます。） ② 鎮痛・消炎薬（外用薬を含みます。）

対 象 傷 病	保 健 の た め の 薬 剤
⑩ 虚血性心疾患等	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（利尿薬を含みます。） ⑤ 向精神薬
⑪ 尿路系腫瘍	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（抗生物質を含みます。）
⑫ 脳の器質性障害	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（外用薬を含みます。） 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及び外傷性てんかん発症のおそれのある方に対して支給するものです。 ⑧ 循環改善薬（鎮暈薬、血管拡張薬及び昇圧薬を含みます。） 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するものです。 上記のほか、四肢麻痺等が出現した方については、褥瘡処置及び尿路処置が必要となることから、次の薬剤を支給することができます。 ① 抗菌薬（抗生物質、外用薬を含みます。） 尿路感染者、尿路感染のおそれのある方及び褥瘡のある方を対象とします。 ② 褥瘡処置用・尿路処置用外用薬 ③ 排尿障害改善薬及び頻尿治療薬 ④ 筋弛緩薬（鎮痙薬を含みます。） 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、下剤及び浣腸薬
⑬ 外傷による末梢神経損傷	① 鎮痛・消炎薬（外用薬を含みます。） ② 末梢神経障害治療薬
⑭ 熱傷	外用薬等（抗菌薬を含みます。）

対 象 傷 病	保 健 の た め の 薬 剤
⑮ サリン中毒	① 点眼薬 ② 神経系機能賦活薬 ③ 向精神薬 ④ 自立神経薬 ⑤ 鎮痛・消炎薬（外用薬を含みます。）
⑯ 精神障害	① 向精神薬 ② 神経系機能賦活薬
⑰ 循環器障害	① 抗不整脈薬 ② 心機能改善薬 ③ 循環改善薬（利尿薬を含みます。） ④ 向精神薬 心臓弁を損傷した者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 人工弁又は人工血管に置換した方に対し支給するものです。
⑱ 呼吸機能障害	① 去痰薬 ② 鎮咳薬 ③ 喘息治療薬 ④ 抗菌薬（抗生物質を含みます。） ⑤ 呼吸器用吸入薬及び貼付薬 ⑥ 鎮痛・消炎薬（外用薬を含みます。）
⑲ 消化器障害	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です。 ⑤ 蛋白分解酵素阻害薬 ⑥ 消化酵素薬 ⑦ 抗菌薬（抗生物質、外用薬を含みます。） ⑧ 鎮痛・消炎薬（外用薬を含みます。）
⑳ 炭鉱災害による一酸化炭素中毒	① 脳機能賦活薬 ② 向精神薬 ③ 筋弛緩薬（鎮痙薬を含みます。） ④ 鎮痛薬 ⑤ 血管拡張薬 ⑥ 抗パーキンソン薬 ⑦ 抗痙攣薬 ⑧ 内服昇圧薬

IV 労災保険関係様式

IV 労災保険関係様式

(薬剤費請求書及び薬剤費請求内訳書)

診薬機様式第1号	労働者災害補償保険薬剤費請求書 (物品番号 72224)	18
診薬機様式第2号	薬剤費請求内訳書 (物品番号 72225)	19
診薬機様式第3号	薬剤費請求内訳書 [㊦] (物品番号 72226)	20

(給付請求書関係)

業務災害用・複数業務要因災害用

様式第5号	療養補償給付及び複数事業労働者療養給付たる療養の給付請求書	21
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	23

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	25
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	27

(アフターケア委託費関係)

健康管理手帳	29	
実施要領様式第6号	アフターケア委託費請求書 (薬局用) (物品番号 81202)	31
実施要領様式第6号の2	アフターケア委託費請求内訳書 (薬局用) (物品番号 81205) ..	32

(登録内容変更関係)

指定・指名機関登録 (変更) 報告書	33	
診機様式第22号・23号	指定・指名機関登録 (変更) 報告書	34

労働者災害補償保険薬剤費請求書

※印の欄は記入しないでください。

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 元号 年 月 日 □□□□□□□□ <small>1~9月は右寸 1~9月は右寸 1~9月は右寸</small>
③ 請求金額 千 百 万 千 百 十 円 □□□□□□□□ 金額の頭に¥マークを付けてください。		④ 内訳書添付枚数 枚 □□□	
⑤ 請求年 元号 年 □□□ 年 <small>1~9月は右寸</small>	⑥ 請求月 月分 □□ 月分 <small>1~9月は右寸</small>	※修正欄 □□□□□□□□□□	

ただし、1
3
5
7
9 修正和成和

_____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

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				

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

事項をよく読んだ上で、
記入してください。

※帳票種別 ①管轄局署 ②業通別 ③保留 ④受付年月日 (元号 年 月 日)

⑤労働保険番号 ⑥処理区分 ⑦支給・不支給決定年月日 (元号 年 月 日)

⑧性別 ⑨労働者の生年月日 (元号 年 月 日) ⑩負傷又は発病年月日 (元号 年 月 日)

⑪再発年月日 (元号 年 月 日) ⑫労働者 (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。)

⑬氏名 (歳) フリガナ ⑭郵便番号 ⑮住所 ⑯職種 ⑰傷病性質(業) (1自 3労 5他)

⑱負傷又は発病の時刻 ⑲災害発生の実を
確認した者の職名、氏名 (職名) (氏名)

⑲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(か)⑩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

⑳指定病院等の名称 所在地 電話() - ()

㉑傷病の部位及び状態 ㉒の者については、⑩、⑱及び⑲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 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。 2 派遣労働者について、療養補償給付又は複数事業労働者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。

上記により療養補償給付又は複数事業労働者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() - ()

請求人の (住所) (方) 氏名 病診療院所局經由 訪問看護事業者

支不支給決定決議書 署長 副署長 課長 係長 係 決定年月日 (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。

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、⑰及び⑱)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

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 病 院 診 療 所 薬 局 訪問看護事業者 経 由 </div>	〒 _____ 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	午 前後 時 分頃
② 年金証書の番号					生年月日	年 月 日 (歳)	
管轄局	種別	西暦年	番 号		労働者の	住 所	
							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。

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			

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		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

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 1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		⑦ 支給・不支給決定年月日		⑪ 再発年月日	
□□□□□□□□		1男 3女		□□□□□□□□		□□□□□□□□		※ □□□□□□□□		※ □□□□□□□□	
⑫ 労働者の氏名		⑬ 郵便番号		フリガナ		⑬ 三者		⑭ 特疾		⑮ 特別加入者	
□□□□□□□□		□□□□ - □□□□		□□□□□□□□		※ □ 1自 3労 5他		□ □		□ □	
住所		職種		⑰ 第三者行為災害		このスペースに文字を記入しないでください。					
				該当する・該当しない							

⑱ 通勤災害に関する事項	裏面のとおり	
⑲ 指定病院等の名称	電話() -	
所在地	〒 -	
⑲ 傷部の部位及び状態		

⑲の者については、⑩及び裏面の(ロ)、(ハ)、(ニ)、(ホ)、(ト)、(チ)、(リ)(通常の通勤の経路及び方法に限る。)及び(ヲ)に記載したとおりであることを証明します。

事業の名称 電話() -

事業場の所在地 〒 -

事業主の氏名 (法人その他の団体であるときはその名称及び代表者の氏名)

労働者の所属事業場の名称・所在地 電話() -

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

上記により療養給付たる療養の給付を請求します。

□□□□□□□□ 年 月 日

労働基準監督署長 殿

〒 - 電話() -

住所 () 方

氏名

請求人の () 院 療 所 局 經由 病 診 薬 訪問看護事業者

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 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 ホ. ロに接続する住居間の移動 ニ. イに先行する住居間の移動
(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) 就業の場所 (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)㊸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

㊸健康保険日雇特例被保険者手帳の記号及び番号	
㊹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、㊸欄並びに㊹及び㊺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、㊻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、㊹及び㊺は記入しないでください。
- ㊸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) キッテ →

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㊸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 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)
	電話() — 〒 —

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	職 種				
② 年金証書の番号						労働者の		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
			() —

番 号

カ ナ	
氏 名	

生年月日

住 所

手帳有効期限

労働局長 印

労働保険番号

被災時の所属事業場
名 称

所在地

被災年月日

療養期間

療養開始

症状固定(治ゆ)

障害等級 第 級

症状固定(治ゆ)時における障害の部位・状態

注 意 事 項

労働者災害補償保険

健康管理手帳番号

健康 管 理 手 帳

交 付

有効期限

氏 名

厚生労働省

アフターケア委託費請求書 (薬局用)

※印の欄は記入しないでください。

帳票種別 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: flex; justify-content: space-around;"> 3 7 7 0 1 </div>	※修正項目番号 <input style="width: 30px;" type="text"/> ① ※管轄局 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: flex; justify-content: space-around;"> / / </div>	② ※受付年月日 9令和 <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 年 <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 月 <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 日 年・月・日はそれぞれ右詰め
③ 指定薬局の番号 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: flex; justify-content: space-around;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </div>		
④ 請 求 金 額 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> Y Y Y Y Y Y Y Y Y </div> <div style="text-align: center; font-size: small;"> 百 万 千 円 </div> </div> <p style="font-size: x-small; text-align: center;">金額の頭に¥マークを付けてください。</p>		⑤ 内訳書添付枚数 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </div> <p style="font-size: x-small; text-align: center;">枚</p>
⑥ 請求年 9令和 <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 年	⑦ 請求月 <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 月分	※修正欄 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: flex; justify-content: space-around;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </div>

_____ 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 _____

_____ 労 働 局 長 殿

受付印

指定・指名機関登録（変更）報告書

休	止
変	更
廃	止

①指定・指名番号							

② 名 称	(フリガナ)																				
③ 代の 表氏 者名	(フリガナ)																				

④ 住 所	〒		-																		
	(フリガナ)																				

休 変 廃 止 の 事 由	変更・廃止年月日 令和 年 月 日																				
---------------------------------	-------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

上記のとおり報告いたします。

令和 年 月 日

電話 _____

名称

氏名 _____

岩 手 労働局長 殿

指定・指名機関登録(変更)報告書

	課長	係長	係
決			
裁			

①局コード
 ②指定・指名番号：新規登録の場合は無記入
 ※新規の場合は職員が記入します。

 ③登記・変更の別

 1…新規
 3…変更
 9…取消

帳票種別

34566

※アフターケア委託費の振込情報が口座関係1と異なる場合に記入してください。

口座関係2 (アフターケア委託費)

振込金融機関名

銀行
金庫
組合

振込店舗名

本社
支店
代理店
出張所

④金融機関コード

金融機関コード	店舗コード
※ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

⑤預金種別

普通…1
 当座…3

⑥預金の口座番号 (左詰め)

⑦口座名義人 (カタカナ)：法人の種類と名称の間は1字あけて記入してください。また、左詰めで右端の枠まで続けて記入してください。

⑧ (ツツキ)

⑨ (ツツキ)

上記のとおり報告します。

提出年月日 年 月 日

指定・指名機関の名称

代表者の氏名

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

※印の欄は記入しないでください。(職員が記入します。)

V 都道府県労働局及び労働基準監督署コード表

都道府県労働局及び労働基準監督署コード表

局 署 名	コード	局 署 名	コード	局 署 名	コード	局 署 名	コード
北海道	01	二 戸	06	茨 城	08	所 沢	07
札幌中央	01	大船渡	07	水 戸	01	行 田	08
函 館	02	宮 城	04	日 立	02	秩 父	09
小 樽	03	仙 台	01	土 浦	03	千 葉	12
岩見沢	04	石 巻	02	筑 西	04	千 葉	01
旭 川	05	古 川	03	古 河	05	船 橋	02
帯 広	06	大河原	04	常 総	07	柏	03
滝 川	07	瀬 峰	06	龍ヶ崎	08	銚 子	04
北 見	08	秋 田	05	鹿 嶋	09	木更津	06
室 蘭	09	秋 田	01	栃 木	09	茂 原	07
釧 路	10	能 代	02	宇都宮	01	成 田	08
名 寄	11	大 館	03	足 利	02	東 金	09
倶知安(支)	12	横 手	04	栃 木	03	東 京	13
留 萌	13	大 曲	05	鹿 沼	05	中 央	01
稚 内	14	本 荘	06	大田原	06	上 野	03
浦 河	15	山 形	06	日 光	07	三 田	04
苫小牧	17	山 形	01	真 岡	08	品 川	05
札幌東	18	米 沢	02	群 馬	10	大 田	06
青 森	02	庄 内	03	高 崎	01	渋 谷	07
青 森	01	新 庄	05	前 橋	02	新 宿	08
弘 前	02	村 山	06	桐 生	04	池 袋	09
八 戸	03	福 島	07	太 田	05	王 子	10
五所川原	04	福 島	01	沼 田	06	足 立	11
十和田	05	郡 山	02	藤 岡	07	向 島	12
む つ	06	いわき	03	中之条	08	亀 戸	13
岩 手	03	会 津	04	埼 玉	11	江 戸 川	14
盛 岡	01	須賀川	05	さいたま	01	八王子	15
宮 古	02	白 河	06	川 口	02	立 川	16
花 巻	03	喜 芳(支)	07	熊 谷	04	青 梅	17
釜 石	04	相 馬	08	川 越	05	三 鷹	18
一 関	05	富 岡	09	春日部	06	町田(支)	19

局 署 名	コード	局 署 名	コード	局 署 名	コード	局 署 名	コード
神 奈 川	14	福 井	18	島 田	08	園 部	07
横 浜 南	01	福 井	01	愛 知	23	大 阪	27
鶴 見	02	敦 賀	02	名古屋北	01	大阪中央	01
川 崎 南	03	武 生	03	名古屋南	02	大阪南	02
川 崎 北	04	大 野	04	名古屋東	03	天 満	04
横 須 賀	05	山 梨	19	豊 橋	04	大阪西	05
横 浜 北	06	甲 府	01	岡 崎	06	西野田	06
平 塚	07	都 留	02	一 宮	07	淀 川	07
藤 沢	08	鯉 沢	03	半 田	08	東大阪	08
小 田 原	09	長 野	20	津 島	09	岸和田	09
厚 木	10	松 本	01	瀬 戸	10	堺	10
相 模 原	11	長 野	02	刈 谷	11	羽 曳 野	11
横 浜 西	12	岡 谷	03	西尾(支)	12	北 大 阪	12
新 潟	15	上 田	04	江 南	13	泉 大 津	13
新 潟	01	飯 田	05	名古屋西	14	茨 木	14
長 岡	02	中 野	06	豊 田	15	兵 庫	28
上 越	03	小 諸	07	三 重	24	神 戸 東	01
三 条	04	伊 那	08	四 日 市	01	神 戸 西	02
新 発 田	06	大 町	10	松 阪	02	尼 崎	03
新 津	07	岐 阜	21	津	03	姫 路	04
小 出	08	岐 阜	01	伊 勢	04	伊 丹	05
十 日 町	09	大 垣	02	伊 賀	06	西 宮	06
佐 渡	11	高 山	03	熊 野	07	加 古 川	07
富 山	16	多 治 見	04	滋 賀	25	西 脇	08
富 山	01	関	05	大 津	01	但 馬	09
高 岡	02	恵 那	06	彦 根	02	相 生	10
魚 津	03	岐阜八幡	07	東 近 江	04	淡 路	11
砺 波	04	静 岡	22	京 都	26	奈 良	29
石 川	17	浜 松	01	京 都 上	01	奈 良	01
金 沢	01	静 岡	02	京 都 下	02	葛 城	02
小 松	02	沼 津	03	京 都 南	03	桜 井	03
七 尾	03	三 島	05	福 知 山	04	大 淀	04
穴 水	05	富 士	06	舞 鶴	05	和 歌 山	30
		磐 田	07	丹 後	06	和 歌 山	01

局 署 名	コード	局 署 名	コード	局 署 名	コード	局 署 名	コード
御 坊	02	岩 国	05	直 方	10	鹿 児 島	46
橋 本	03	山 口	08	行 橋	11	鹿 児 島	01
田 辺	04	萩	09	八 女	12	川 内	02
新 宮	05	徳 島	36	福 岡 東	13	鹿 屋	03
鳥 取	31	徳 島	01	佐 賀	41	加 治 木	04
鳥 取	01	鳴 門	02	佐 賀	01	名 瀬	07
米 子	02	三 好	03	唐 津	02	沖 縄	47
倉 吉	03	阿 南	04	武 雄	03	那 覇	01
島 根	32	香 川	37	伊 万 里	04	沖 縄	02
松 江	01	高 松	01	長 崎	42	名 護	03
出 雲	02	丸 亀	02	長 崎	01	宮 古	04
浜 田	03	坂 出	03	佐 世 保	02	八 重 山	05
益 田	04	観 音 寺	04	江 迎	03		
岡 山	33	東かがわ	05	島 原	04		
岡 山	01	愛 媛	38	諫 早	05		
倉 敷	02	松 山	01	対 馬	06		
津 山	04	新 居 浜	02	熊 本	43		
笠 岡	05	今 治	03	熊 本	01		
和 気	06	八 幡 浜	04	八 代	02		
新 見	07	宇 和 島	05	玉 名	03		
広 島	34	高 知	39	人 吉	04		
広島中央	01	高 知	01	天 草	05		
呉	02	須 崎	02	菊 池	06		
福 山	03	四 万 十	03	大 分	44		
三 原	04	安 芸	04	大 分	01		
尾 道	05	福 岡	40	中 津	02		
三 次	06	福 岡 中 央	01	佐 伯	03		
広 島 北	07	大 牟 田	02	日 田	04		
廿 日 市	09	久 留 米	03	豊 後 大 野	05		
山 口	35	飯 塚	04	宮 崎	45		
下 関	01	北九州西	06	宮 崎	01		
宇 部	02	北九州東	07	延 岡	02		
徳 山	03	門 司 (支)	08	都 城	03		
下 松	04	田 川	09	日 南	04		

VI 労災レセプトのオンライン請求

労災レセプトは オンライン請求が便利です

労災保険の労災診療費・労災薬剤費・アフターケア委託費は、オンライン・電子媒体で請求することができます。現在、健康保険のオンライン請求でお使いのレセプトコンピューター（送信用コンピューター）を労災レセプト対応に改修することで利用できます。

※ 改修・導入方法等については、現在お使いのレセプトコンピューターメーカーにご相談ください。

導入のメリット

1 査定結果・理由・支払額が分かります

これまでの「労災診療費支払振込通知書」とは別に、システム上で診療行為ごとの査定結果・理由、支払額を確認することができます。
ダウンロードも可能です。

2 事前にデータの不備をチェックできます

請求前に事前の点検（受付前点検）を行うことにより、レセプトデータをシステム上でチェックできるので、記入もれや誤りのないレセプトを提出できます。

3 受付時間が延長されます

オンライン請求では、土・日・祝日でも、毎月5～7日は8～21時、8～10日は8～24時まで請求することができます。

4 個人情報の流出防止などセキュリティが向上します

紙レセプト搬送時の事故防止など、オンライン請求では安全性の高いネットワーク回線を利用するため、セキュリティが向上します。

5 電子化による点数が算定できます

レセプト1件当たり、5点の労災電子化加算がされます。

（令和6年3月診療分までの予定です）

（薬剤費レセプトは対象となりません）



オンライン請求開始までの手続き

労災レセプトのオンライン請求は、すでに健康保険でオンライン請求を行っているレセプトコンピューターで行う必要があります。

労働局への届出後、ID・パスワードを取得して、ソフトウェアのインストールなどの設定作業、確認試験を実施し、オンライン請求ができるようになります。

届出書類の提出

都道府県労働局に届出書類を提出

※ 届出書類は、厚生労働省ホームページからダウンロードできます。

ID・パスワードの取得

ID・パスワードが記載された「ユーザー設定情報」の取得
(届出書類を提出してから1～2週間程度で郵送)

設定作業・確認試験

レセプトコンピューターに「送信用ソフト」をセットアップして確認試験を実施

※ 設定作業は、厚生労働省ホームページにある「セットアップマニュアル」をご覧ください。

※ 確認試験は必ず実施してください。

オンライン請求の開始

5～10日にオンライン請求

※ 請求前に送信データにて受付前点検の実施をお願いします。

※ 電子媒体（CDなど）の請求手続きは、厚生労働省ホームページをご覧ください。

- 届出・設定などの詳細は、厚生労働省ホームページをご覧ください。

労災レセプト電算処理システム 🔍 検索

- ご不明な点は、ヘルプデスクにお問い合わせください。

労災レセプト電算処理システム ヘルプデスク
フリーダイヤル 0120-631-660

受付日（毎月）	受付時間	備考
5～7日、11日、12日	8:00～21:00	土、日、祝日も受付
8～10日	8:00～24:00	土、日、祝日も受付
13日～月末	9:00～17:00	平日のみ受付

※ 1～4日 9:00～17:00（土日祝日を除く）については、厚生労働省労災保険業務課にお問い合わせください。
電話（代） 03-3920-3311（労災レセプト電算処理システム担当まで）

岩手労働局 労働基準部

労災補償課 医療係

〒020-8522

盛岡市盛岡駅西通一丁目9番15号

盛岡第2合同庁舎5階

TEL 019 (604) 3009