Ⅳ　労災保険関係様式

Ⅳ　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 …… 75
指導管理箋（別紙様式１～６） …… 76
労災リハビリテーション実施計画書（別紙様式７） …… 82
早期社会復帰のための指導項目（別紙様式８） …… 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　㊷（入院用） …… 88
診機様式第５号　診療費請求内訳書　㊷（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)　平均賃金算定内訳書 …… 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 …… 101

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 …… 104
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 …… 106
様式第 16 号の５（1）　療養給付たる療養の費用請求書 …… 108
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 …… 110
様式第 16 号の６(別紙 1)　平均賃金平均内訳書 …… 112
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 …… 114

（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） …… 117
年金通知様式第３号　診断書（せき髄損傷用） …… 119
年金通知様式第４号　診断書（じん肺・せき髄損傷以外用） …… 120
年金通知様式第７号　障害の状態に関する診断書 …… 121
振動様式第２号　振動障害診断所見書 …… 122
振動様式第３号　振動障害に関する意見書 …… 126
岩適様式第３号　症状等の照会について（初回） …… 128
岩適様式第４号　症状固定等に関する照会について …… 129

労災リハビリテーション評価計画書

<table>
<tr><td colspan="2">患者氏名：　　男・女</td><td>生年月日（西暦）　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="3">原因疾患</td></tr>
<tr><td colspan="3">［　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）
年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="3">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</td></tr>
<tr><td colspan="3">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・医学的効果等）

（２）目標到達予想時期：　　年　　月頃

（３）その他特記事項</td></tr>
<tr><td colspan="3">評価計画書作成日：　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">医療機関名</td><td>医師
㊞</td></tr>
</table>

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。

別紙様式1　　①精神疾患を主たる傷病とするもの（患者用）

労働者災害補償保険

指導管理箋＜第　　回目＞

氏　名		生年月日	年　　月　　日	男・女
負傷又は発病年月日	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

① あり（理由：　　）　　② 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）

①軽作業可　②一般事務可　③肉体労働の制限　④普通勤務可　⑤その他（　　）

（①～③の場合その期間（推定）
年　　月 頃まで）

3　勤務時間調整の必要性

① あり（1日　　時間まで、週　　時間まで）　　② なし

＊②なしの場合、時間外勤務調整の必要性

① あり（1日　　時間まで、週　　時間まで）　　② なし　　③ 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

① あり（制限（　　）・禁止）　　② 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

① あり（　　）　　② なし

6　対人業務の制限の必要性

① あり（　　）　　② 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

上記内容を確認しました。

年　　月　　日

本人署名

上記のとおり診断し、職場復帰（就労継続）に関する意見を提出します。

年　　月　　日

病院又は診療所の

所在地

名称

医師名

（注）①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。
②被災労働者の方は、事業場に対して医師から受けた指導事項を説明する際にこの指導管理箋をお使いください。
③事業場の方は、この指導管理箋をプライバシーに十分配慮して管理してください。

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	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
□ 前回指導時症状
（※第2回目以降は、前回指導時の症状を記載する。（前回の指導管理箋の写しの添付でも構いません。））

入院　（　年　月　日）～（　年　月　日）

通院　（　年　月　日）～（　年　月　日）

病状経過　（①不変 ・ ②改善傾向 ・ ③軽快 ・ ④寛解・⑤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　（①入院 ・ ②入院及び通院 ・ ③通院 ・ ④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　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

上記内容を確認し、産業医等に提出されることに同意します。

年　月　日

本人署名

上記のとおり診断し、職場復帰（就労継続）に関する意見を提出します。

年　月　日

病院又は診療所の

所在地

名称

医師名

（注）　産業医（事業場の方）は、この指導管理箋をプライバシーに十分配慮して管理してください。

労働者災害補償保険

指導管理箋＜第　　回目＞

氏　名		生年月日	年　　月　　日	男・女
負傷又は発病年月日	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
　① あり（理由：　　）　　② 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）
　①軽作業可　②一般事務可　③肉体労働のみ制限　④普通勤務可　⑤その他（　　）
　（①～③の場合その期間（推定）
　　年　　月 頃まで）

3　勤務時間調整の必要性
　① あり（1日　　時間まで、週　　時間まで）　　② なし
＊②なしの場合、時間外勤務調整の必要性
　① あり（1日　　時間まで、週　　時間まで）　　② なし　　③ 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
　① あり（制限（　　）・禁止）　② 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
　① あり（　　）　　② 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

上記内容を確認しました。
　　年　　月　　日
　　本人署名

上記のとおり診断し、職場復帰（就労継続）に関する意見を提出します。

　　年　　月　　日　　所在地
　　病院又は
　　名称
　　診療所の
　　医師名

（注）①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。
②被災労働者の方は、事業場に対して医師から受けた指導事項を説明する際にこの指導管理箋をお使いください。
③事業場の方は、この指導管理箋をプライバシーに十分配慮して管理してください。

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	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
□ 前回指導時症状
（※第2回目以降は、前回指導時の症状を記載する。（前回の指導管理箋の写しの添付でも構いません。））

入院　（　年　月　日）～（　年　月　日）

通院　（　年　月　日）～（　年　月　日）

病状経過　（ ①不変 ・ ②改善傾向 ・ ③軽快 ・ ④寛解・⑤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　（ ①入院 ・ ②入院及び通院 ・ ③通院 ・ ④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　　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

上記内容を確認し、産業医等に提出されることに同意します。

年　月　日

本人署名

上記のとおり診断し、職場復帰（就労継続）に関する意見を提出します。

年　月　日

病院又は診療所の

所在地

名称

医師名

（注）産業医（事業場の方）は、この指導管理箋をプライバシーに十分配慮して管理してください。

労働者災害補償保険

指導管理箋＜第　　回目＞

氏　名		生年月日	年　　月　　日	男・女
罹患後症状の発病年月日	年　　月　　日	傷病名		
休業前の職　種	※事務職、自動車の運転手、建設作業員等　（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

□ 初診時症状
□ 前回指導時症状
（□倦怠感　□関節痛　□筋肉痛　□咳　□ 喀痰　□息切れ　□胸痛
□記憶障害　□集中力低下　□不眠　□頭痛　□抑うつ　□嗅覚障害　□動悸
□味覚障害　□下痢　□腹痛　□その他（　　））

※第2回目は、前回指導時の症状を記載する。（前回の指導管理箋の写しの添付でも構いません。）

※　新興感染症（新型コロナウィルス感染症）に対する治療について

□ 入院　（　　年　　月　　日）～（　　年　　月　　日）
□ 自宅・宿泊療養　（　　年　　月　　日）～（　　年　　月　　日）
□ 通院　（　　年　　月　　日）～（　　年　　月　　日）

現在の症状
（□倦怠感　□関節痛　□筋肉痛　□咳　□ 喀痰　□息切れ　□胸痛
□記憶障害　□集中力低下　□不眠　□頭痛　□抑うつ　□嗅覚障害　□動悸
□味覚障害　□下痢　□腹痛　□その他（　　））

治療の予定
（例：入院・自宅療養・通院の必要性、今後のスケジュール（半年間、月1回の通院が必要等）、治癒見込み等

復帰（就労継続）に関する意見
□ 可　（職務への健康への悪影響は見込まれない）
□ 条件付きで可　（就労上の措置があれば可）

就労に当たって配慮した方がよい措置（業務内容）、留意点等
（例：重たいものを持たない、暑い場所での作業は避ける、残業を避ける、通院時間を確保する等）

上記の措置期間　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日

上記内容を確認しました。
年　　月　　日
本人署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

上記のとおり診断し、職場復帰（就労継続）に関する意見を提出します。

年　　月　　日

病院又は診療所の
所在地＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
名称＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
医師名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（注）
①この指導管理箋は、入院治療後罹患後症状の治療のための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就労が可能と医師が認める者で、入院治療を伴わず罹患後症状のため初回受診後1か月以上の通院療養が見込まれる者に対し、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。
②被災労働者の方は、事業場に対して医師から受けた指導事項を説明する際にこの指導管理箋をお使いください。
③事業場の方は、この指導管理箋をプライバシーに十分配慮して管理してください。

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	年　月　日	男・女
休業前の職　種	※事務職、自動車の運転手、建設作業員等　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.　　）			

※　罹患後症状に対する治療について

発症年月日　（　年　月　日・不明　）　初診年月日　（　年　月　日）

□ 初診時症状
□ 前回指導時症状

□倦怠感　□関節痛　□筋肉痛　□咳　□ 喀痰　□息切れ　□胸痛
□記憶障害　□集中力低下　□不眠　□頭痛　□抑うつ　□嗅覚障害　□動悸
□味覚障害　□下痢　□腹痛　□その他（　　）

※第2回目は、前回指導時の症状を記載する。（前回の指導管理箋の写しの添付でも構いません。）

※　新興感染症（新型コロナウィルス感染症）に対する治療について

□ 入院　（　年　月　日）～（　年　月　日）
□ 自宅・宿泊療養　（　年　月　日）～（　年　月　日）
□ 通院　（　年　月　日）～（　年　月　日）

現在の症状

□倦怠感　□関節痛　□筋肉痛　□咳　□ 喀痰　□息切れ　□胸痛
□記憶障害　□集中力低下　□不眠　□頭痛　□抑うつ　□嗅覚障害　□動悸
□味覚障害　□下痢　□腹痛　□その他（　　）

治療の予定
（例：入院・自宅療養・通院の必要性、今後のスケジュール（半年間、月1回の通院が必要等）、治癒見込み等

復帰（就労継続）に関する意見
□ 可　（職務への健康への悪影響は見込まれない）
□ 条件付きで可　（就労上の措置があれば可）

就労に当たって配慮した方がよい措置（業務内容）、留意点等
（例：重たいものを持たない、暑い場所での作業は避ける、残業を避ける、通院時間を確保する、休憩場所を確保する等）

上記の措置期間
年　月　日　～　年　月　日

上記内容を確認し、産業医等に提出されることに同意します。
年　月　日
本人署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

上記のとおり診断し、職場復帰（就労継続）に関する意見を提出します。

年　月　日

病院又は診療所の
所在地＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
名称＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
医師名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（注）　産業医（事業場の方）は、この指導管理箋をプライバシーに十分配慮して管理してください。

別紙様式7

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	使用用具 杖・装具	姿勢・実行場所 介助内容　等	独立	監視	一部介助	全介助	非実施	使用用具 杖・装具	姿勢・場所（訓練室・病棟等）介助内容等
活動	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・ﾍﾞｯﾄﾞ間移乗														
	椅子座位保持 ﾍﾞｯﾄﾞ起き上がり														
	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，□ﾍﾞｯﾄﾞ上，□ｷﾞｬｯﾁｱｯﾌﾟ

参加	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。

早期社会復帰のための指導項目

氏名

発症（負傷）年月日	年　月　日
治ゆ見込み年月日	年　月　日

〇職場（業務）や日常生活において注意する点（指導した項目に☑を入れること）

【全般】

- ☐ 傷病の状態が安定するまでは、無理に動かさないこと
- ☐ 受傷部位を意識しすぎて他の部位に負担をかけないこと
- ☐ 受傷部位を徐々に動かして、可動範囲を広げるように努めること
- ☐ 重いものを持つときは注意すること
- ☐ 休憩時間のストレッチなど一定の姿勢をとり続けないように心がけること
- ☐ 無理な姿勢をとらないようにすること
- ☐ 車の運転は避けたほうがよい
- ☐ 睡眠時間をしっかりとること
- ☐ その他注意すべきこと（具体的に記載する）

【職場】

- ☐ 長時間の残業は避けること
- ☐ 長期の出張や海外出張は避けること
- ☐ その他注意すべきこと（具体的に記載する）

【日常生活】

- ☐ 定期的に自分で脈拍のチェックをすること
- ☐ 適度な運動を実施するように心がけること
- ☐ 当面の間は、激しい運動は避けること （概ね___月間）
- ☐ 食事の内容、摂取量について注意すること
- ☐ 患部の保温に努めること
- ☐ その他注意すべきこと（具体的に記載する）

【その他】

- ☐ 治ゆ後、労働局にアフターケア制度の相談をすること（該当者のみ）
- ☐ その他注意すべきこと(具体的に記載する)

☐ 現状どおりの生活で問題がないと指導した
（該当する場合のみ☑）

指導日　　年　　月　　日　　医師名

診機様式第1号

※標準字体 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

労働者災害補償保険診療費請求書

帳票種別	※修正項目番号	① 指定病院等の番号	② ※受付年月日
34720			元号 年 月 日（1～9月は右へ）

③ 請求金額	④ 内訳書添付枚数
千万 百万 十万 万 千 百 十 円 金額の頭に¥マークを付けてください。	枚

ただし、（昭和1 平成2 令和3 元号）⑤ 請求年 年（1～9年は右へ） ⑥ 請求月 月分（1～9月は右へ） ※修正欄

※印の欄は記入しないでください。

＿＿＿＿＿＿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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

請求人の（病院又は診療所）

住所（所在地）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

名称＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

責任者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿労働局長殿

（＿＿＿＿署分）

電話番号＿＿＿－＿＿＿

受付印

（物品番号 7230）4.5

診機様式第1号の2

※標準字体 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

検査に要した費用等請求書（指定医療機関用）

帳票種別	※修正項目番号	① 指定病院等の番号	② ※受付年月日
34720			元号 年 月 日（1~9年は右へ 1~9月は右へ 1~9日は右へ）

③ 請求金額	④ 内訳書添付枚数
千万 百万 十万 万 千 百 十 円 金額の頭に¥マークを付けてください。	枚

ただし、（明治1 大正3 昭和5 平成7 令和9）⑤ 請求年 元号 年（1~9年は右へ） ⑥ 請求月 月分（1~9月は右へ） ※修正欄

※印の欄は記入しないでください。

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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

請求人の（病院又は診療所）

住　　所（所在地）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

名　　称＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

責任者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿労働局長殿

（　　署分）

電話番号　　－　　－

受付印

（物品番号 72227）

診機様式第2号

第　回（同一傷病について）

指定病院等の番号		病院等の名称	

帳票種別	修正項目番号	①新継再別	②転帰事由	③支払額
34721		1初診 3転医始診 5継続 7再発	1治癒 3継続 5転医 7死亡 9中止	

④労働保険番号　府県　所掌　管轄　基幹番号　枝番号

⑤生年月日　⑥傷病年月日　⑦増減コード及び増減額　⑧増減理由　⑨決定年月日　⑩療養期間　⑪診療実日数　⑫処理区分　⑬合計額

修正欄

職員記入欄（この欄は記入しないでください。）

労働者の氏名	（　歳）	傷病の部位及び傷病名	
事業の名称		傷病の経過	
事業場の所在地	都府道県　郡区市		

診療内容		点数（点）	診療内容	金額	摘要
⑪初診	時間外・休日・深夜		⑪初診	円	
⑬指導			⑧⓪その他	円	
⑭在宅			小計	㊐ 円	
⑳投薬	㉑内服 単位		⑰食事		備考
	㉒屯服 単位		基準	円× 回	
	㉓外用 単位			円× 回	
	㉔調剤 日			円× 日	
	㉖麻毒 日		食事療養	回	㊅ 円
	㉗調基		摘要		
㉚注射	㉛皮下筋肉内 回				
	㉜静脈内 回				
	㉝その他 回				
㊵処置	薬剤 回				
㊿手術・麻酔	薬剤 回				
⑥⓪検査・病理	薬剤 回				
⑦⓪画像診断	薬剤 回				
⑧⓪その他	薬剤				
⑨⓪入院	入院年月日　年　月　日				
	病 診 衣 ⑨⓪入院基本料・加算				
	× 日間				
	× 日間				
	× 日間				
	× 日間				
	× 日間				
	⑨②特定入院料・その他				
小計	点 ㋑ 円				

●診療費　●請求　●内訳書　●（入院用）

（物品番号 7231）3.5

診機様式第3号

第　回（同一傷病について）

指定病院等の番号		病院等の名称	

帳票種別 34722　修正項目番号

①新継再別　1初診 3転医 5継続 7再発　始診

②転帰事由　1治ゆ 3継続 5転医 7中止 9死亡

③支払額　百万 十万 万 千 百 十 円

④労働保険番号　府県 所掌 管轄 基幹番号 枝番号

⑤増減コード及び増減額　増＋ 減－　百万 十万 万 千 百 十 円

⑥生年月日　元号 年 月 日　1明治 3大正 5昭和 7平成 9令和

⑦傷病年月日　元号 年 月 日

⑧増減理由

⑨決定年月日　元号 年 月 日

1～9年は右へ　1～9月は右へ　1～9日は右へ

⑩療養期間　元号 年 月 日 ― 元号 年 月 日

⑫処理区分

⑪診療実日数　日

⑬合計額 ⑦+⑩　百万 十万 万 千 百 十 円

修正欄

職員記入欄（この欄は記入しないでください。）

労働者の氏名	（　　歳）	傷病の部位及び傷病名	
事業の名称		傷病の経過	
事業場の所在地	都府道県　郡区市		

診療内容		点数（点）
⑪初診	時間外・休日・深夜	
⑫再診	× 回	
	外来管理加算 × 回	
	時間外 × 回	
	休日 × 回	
	深夜 × 回	
⑬指導		
⑭在宅	往診 回	
	夜間 回	
	緊急・深夜 回	
	在宅患者訪問診療 回	
	その他	
	薬剤	
⑳投薬	㉑内服薬剤 単位	
	調剤 × 回	
	㉒屯服薬剤 単位	
	㉓外用薬剤 単位	
	調剤 × 回	
	㉕処方 × 回	
	㉖麻毒 回	
	㉗調基	
㉚注射	㉛皮下筋肉内 回	
	㉜静脈内 回	
	㉝その他 回	
㊵処置	回	
	薬剤	
㊿麻酔・手術	回	
	薬剤	
(60)病理検査	回	
	薬剤	
(70)診断画像	回	
	薬剤	
(80)その他	処方せん 回	
	薬剤	
小計	点 ㋑ 円	

診療内容		金額	摘要
⑪初診		円	
⑫再診	回	円	
⑬指導	回	円	
(80)その他		円	
小計	㋺	円	

摘要

●診療費請求●内訳書●（入院外用）

（物品番号 7232）4.5

診機様式第4号

傷 第　回 (同一傷病について)

指定病院等の番号		病院等の名称	

帳票種別	修正項目番号	①新継再別	②転帰事由	③支払額
34723		1 新規 5 継続 7 再発	1 治ゆ 7 中止 3 継続 9 死亡 5 転医	

④年金証書の番号　管轄局 | 種別 1 | 西暦年 | 番号

⑤増減コード及び増減額　増+ 減−

⑥増減理由　⑦処理区分

⑧療養期間　1 明治 3 大正 5 昭和 7 平成 9 令和　元年 年 月 日 − 元年 年 月 日　1〜9年は右へ　1〜9月は右へ　1〜9日は右へ

⑩決定年月日　元年 年 月 日

⑨診療実日数　日

⑪合計額 (イ)+(ロ)+(ハ)　百万 十万 万 千 百 十 円

修正欄

職員記入欄（）の欄は記入しないでください。

労働者の氏名	明・大・昭・平・令　年　月　日生　(　歳)
傷病の部位及び傷病名	

傷病の経過

診療内容		点数(点)
⑪初診	時間外・休日・深夜	
⑬指導		
⑭在宅		
⑳投薬	㉑内服 単位	
	㉒屯服 単位	
	㉓外用 単位	
	㉔調剤 日	
	㉖麻毒 日	
	㉗調基	
㉚注射	㉛皮下筋肉内 回	
	㉜静脈内 回	
	㉝その他 回	
㊵処置	回 薬剤	
㊿手術・麻酔	回 薬剤	
(60)病理検査	回 薬剤	
(70)診断画像	回 薬剤	
(80)その他	薬剤	
(90)入院	入院年月日　年　月　日	
	病 診 衣	
	(90)入院基本料・加算 × 日間 × 日間 × 日間 × 日間 × 日間	
	(92)特定入院料・その他	
小計	点 (イ)　円	

診療内容		金額	摘要
⑪初診		円	
(80)その他		円	
小計	(ロ)	円	
(97)食事			備考
基準	円× 回 / 円× 回 / 円× 日		
食事療養	回	(ハ) 円	

摘要

診療費請求内訳書（入院用）

(物品番号 7233) 31. 4

診機様式第5号

傷 第　回 (同一傷病について)

指定病院等の番号		病院等の名称	

帳票種別 34724　修正項目番号

①新継再別　1 新規 5 継続 7 再発

②転帰事由　1 治ゆ 7 中止 3 継続 9 死亡 5 転医

③支払額

④年金証書の番号　管轄局 種別 1 西暦年 番号

⑤増減コード及び増減額　増＋減－

⑥増減理由　⑦処理区分

⑧療養期間　1 明治 3 大正 5 昭和 7 平成 9 令和

⑨診療実日数　日

⑩決定年月日

⑪合計額 ㋑+㋺

修正欄

職員記入欄（この欄は記入しないでください。）

労働者の氏名	明・大・昭・平・令　年　月　日生　(　歳)
傷病の部位及び傷病名	

傷病の経過

診療内容		点数(点)
⑪初診	時間外・休日・深夜	
⑫再診	× 回	
	外来管理加算 × 回	
	時間外 × 回	
	休日 × 回	
	深夜 × 回	
⑬指導		
⑭在宅	往診 回	
	夜間 回	
	緊急・深夜 回	
	在宅患者訪問診療 回	
	その他	
	薬剤	
⑳投薬	㉑内服 薬剤 単位	
	調剤 × 回	
	㉒屯服 薬剤 単位	
	㉓外用 薬剤 単位	
	調剤 × 回	
	㉕処方 × 回	
	㉖麻毒 回	
	㉗調基	
㉚注射	㉛皮下筋肉内 回	
	㉜静脈内 回	
	㉝その他 回	
㊵処置	回 薬剤	
㊿手術・麻酔	回 薬剤	
(60)検査・病理	回 薬剤	
(70)画像診断	回 薬剤	
(80)その他	処方せん 回	
	薬剤	
小計	点 ㋑ 円	

診療内容		金額	摘要
⑪初診		円	
⑫再診	回	円	
⑬指導	回	円	
(80)その他		円	
小計	㋺	円	

摘要

診療費請求内訳書（入院外用）

(物品番号 7234) 2.5

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(年令)	（　　歳）

労働保険番号	府県	所掌	管轄	基幹番号	枝番号

年金証書の番号	管轄局	種別	西暦年	番号

摘	要	（続）

（物品番号 72213）4 5

■ 様式第５号(表面)　労働者災害補償保険
業務災害用
複数業務要因災害用
療養補償給付及び複数事業労働者療養給付たる療養の給付請求書

裏面に記載してある注意事項をよく読んだ上で、記入してください。

標	準	字	体	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						

標準字体で記入してください。

※帳票種別　34590　①管轄局署　②業通別 1業 3通　③保留 1全レセ 3全給付　⑥処理区分　④受付年月日 ※ 元号 年 月 日

⑤労働保険番号　府県 所掌 管轄 基幹番号 枝番号　（年金証書番号記入欄）

⑧性別 1男 3女　⑨労働者の生年月日 元号 年 月 日（1～9年は右へ↑ 1～9月は右へ↑ 1～9日は右へ↑）　⑩負傷又は発病年月日 元号 年 月 日（1～9年は右へ↑ 1～9月は右へ↑ 1～9日は右へ↑）

㉓兼業 ※　⑦支給・不支給決定年月日 元号 年 月 日

㉔請求 ※　⑪再発年月日 元号 年 月 日

㉕複災 ※　⑬三者 1自 3労 5他　⑭特疾 1特定疾病　⑮特別加入者

※印の欄は記入しないでください。（職員が記入します。）

⑫労働者の
シメイ(カタカナ)：姓と名の間は１文字あけて記入してください。濁点・半濁点は1文字として記入してください。
氏名　（　歳）
⑯郵便番号 ―
フリガナ
住所
職種

⑰負傷又は発病の時刻　午 前 後　時　分頃

⑱災害発生の事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って(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　電話（　）　―
所在地　〒　―

㉑傷病の部位及び状態

⑫の者については、⑩、⑰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

（病院 診療所 薬局 訪問看護事業者 経由）

請求人の
〒　―　電話（　）　―
住所　（　方）
氏名

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

（この欄は記入しないでください。）

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)

㉒その他就業先の有無		
有 無	有の場合のその数 (ただし表面の事業場を含まない) 社	有の場合でいずれかの事業で特別加入している場合の特別加入状況 (ただし表面の事業を含まない) 労働保険事務組合又は特別加入団体の名称
労働保険番号(特別加入)		加入年月日 年　月　日

[項目記入に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　⑱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　㉒「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⑲)の記載内容について事実と相違ないことを証明します。 年　月　日 事業の名称　電話(　)　― 〒　― 事業場の所在地 事業主の氏名 (法人その他の団体であるときはその名称及び代表者の氏名)

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

様式第６号(表面)

労働者災害補償保険

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

労働基準監督署長　殿　　年　　月　　日

[病院 / 診療所 / 薬局 / 訪問看護事業者] 経由

〒　　―

電話(　　)　　―

届出人の　住所　　方

氏名

下記により療養補償給付及び複数事業労働者療養給付たる療養の給付を受ける指定病院等を(変更するので)届けます。

①労働保険番号					③労働者の			④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)	
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って(お)どのような災害が発生したかを簡明に記載すること。

③の者については、④及び⑤に記載したとおりであることを証明します。

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)

<table>
<tr><td colspan="3">⑨その他就業先の有無</td></tr>
<tr><td rowspan="2">有
無</td><td rowspan="2">有の場合のその数
（ただし表面の事業場を含まない）
社</td><td>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）</td></tr>
<tr><td>労働保険事務組合又は特別加入団体の名称</td></tr>
<tr><td colspan="2">労働保険番号（特別加入）</td><td rowspan="2">加入年月日
年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td></tr>
</table>

〔注意〕

1　記入すべき事項のない欄又は記入枠は空欄のままとし、事項を選択する場合には該当事項を○で囲むこと。

2　傷病補償年金又は複数事業労働者傷病年金の受給権者が当該傷病に係る療養に関しこの届書を提出するときは

(1)　①、④及び⑤は記載する必要がないこと。

(2)　事業主の証明は受ける必要がないこと。

3　傷病補償年金又は複数事業労働者傷病年金の受給権者が当該傷病に係る療養に関しこの届書を提出する場合以外の場合で、その提出が離職後であるときには事業主の証明は受ける必要がないこと。

4　複数事業労働者療養給付の届出は、療養補償給付の支給決定がなされた場合、遡って届出されなかったものとみなすこと。

5　⑨「その他就業先の有無」欄の記載がない場合又は複数就業していない場合は、複数事業労働者療養給付の届出はないものとして取り扱うこと。

6　疾病に係る請求の場合、脳・心臓疾患、精神障害及びその他二以上の事業の業務を要因とすることが明らかな疾病以外は、療養補償給付のみで届出されることとなること。

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

■ 様式第７号（１）（表面）　労働者災害補償保険

業務災害用
複数業務要因災害用

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）

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 34260　①管轄局署　②業通別 1（1業 3通）　⑧受付年月日（元号 年 月 日）　⑩三者コード（1自 3労 5他）　⑪委任未支給（1委任 3未支給 5委未）　⑫特別加入者　⑬審査コード

③労働保険番号　府県　所掌　管轄　基幹番号　枝番号

④年金証書の番号　管轄局　種別　西暦年　番号

⑤労働者の性別（1男 3女）　⑥労働者の生年月日（1治 3大 5昭 7平 9令 元号 年 月 日）　⑦負傷又は発病年月日（元号 年 月 日）

※⑭金融機関コード　金融機関　店舗

⑨労働者の　シメイ（カタカナ）：姓と名の間は１文字あけて記入してください。濁点・半濁点は1文字として記入してください。

氏名　（　歳）　職種

住所　㉖郵便番号 ―

※⑮郵便局コード

変更する場合のみ記入してください。新規に届け出る場合又は届け出た口座を右の欄及び⑯から⑲までの欄は、口座を

新規・変更

振込を希望する金融機関の名称　銀行・金庫　農協・漁協　信組　本店・本所　出張所　支店・支所

口座名義人

⑯預金の種類（1普通 3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、空欄には「0」を記入。）

⑱ 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。

⑲ （つづき）メイギニン（カタカナ）

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。

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）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。

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

年　月　日　治癒（症状固定）・継続中・転医・中止・死亡

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。

年　月　日　〒　―

病院又は診療所の　所在地　名称　電話（　）　―

診療担当者氏名

（ニ）療養の内訳及び金額（内訳裏面のとおり。）　千　円

（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）　千万　百万　十万　万　千　百　十　円

㉑費用の種別（1診療 2看護 3移送 4装具 5診断書）　㉒療養期間の初日（元号 年 月 日）から　㉓療養期間の末日（元号 年 月 日）まで　㉔診療実日数　日　㉕転帰事由（1治癒（症状固定） 3継続 5転医 7中止 9死亡）

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（　）　―

請求人の　住所　（　方）

氏名

労働基準監督署長　殿

95

（注意）
一、□□□で表示された枠（以下、記入枠という。）に記入する文字は、光学式文字読取装置（OCR）で直接読取りを行うので、汚したり、穴をあけたり、必要以上に強く折り曲げたり、のりづけしたりしないでください。
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⑯欄並びに⑥及び⑦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、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、枠からはみだすこと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。

※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。

様式第７号(１)(裏面)

(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 午 前/後　　時　　分頃	(ル) 災害発生の事実を確認した者の 職名 氏名

(ヲ)災害の原因及び発生状況　(あ)どのような場所で(い)どのような作業をしているときに(う)どのような物又は環境に(え)どのような不安全な又は有害な状態があって(お)どのような災害が発生したか(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

療養の内訳及び金額

診療内容		点数(点)
初診	時間外・休日・深夜	
再診	外来診療料　×　回	
	継続管理加算　×　回	
	外来管理加算　×　回	
	時間外　×　回	
	休日　×　回	
	深夜　×　回	
指導		
在宅	往診　回	
	夜間　回	
	緊急・深夜　回	
	在宅患者訪問診療　回	
	その他	
	薬剤　回	
投薬	内服　薬剤　単位	
	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	
注射	皮下筋肉内　回	
	静脈内　回	
	その他　回	
処置	回	
	薬剤	
手術 麻酔	回	
	薬剤	
検査	回	
	薬剤	
画像 診断	回	
	薬剤	
その他	処方せん　回	
	薬剤	
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 ×　日間	
	特定入院料・その他	
小計	点　①	円

診療内容		金額	摘要
初診		円	
再診	回	円	
指導	回	円	
その他		円	
食事(基準　)			
	円×　日間	円	
	円×　日間	円	
	円×　日間	円	
小計	②	円	

摘要	
合計金額 ①＋②	円

㉖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 加入年月日 年　月　日
労働保険番号(特別加入)	

(注　意)

一、共通の注意事項

(一)事項を選択する場合には、該当する事項を○で囲むこと。

(二)(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。

(三)(イ)の期間には、最終の投薬の期間をも算入すること。

(四)(リ)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。

二、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費用を請求する場合以外の場合の注意事項

(一)④は、記載する必要がないこと。

(二)(ル)は、災害発生の事実を確認した者(確認した者が多数あるときは最初に発見した者)を記載すること。

(三)(ル)及び(ヲ)は、第二回以後の請求の場合には記載する必要がないこと。

(四)第二回以後の請求が離職後である場合には事業主の証明は受ける必要がないこと。

三、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費用を請求する場合の注意事項

(一)③、⑥、⑦及び(ヌ)から(ヲ)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。

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、㉖「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。

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。
年　月　日	事業の名称　電話(　　)　―
	事業場の所在地　〒　―
	事業主の氏名 (法人その他の団体であるときはその名称及び代表者の氏名)

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

■ 様式第８号(表面)

業務災害用
複数業務要因災害用

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						

※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。

※帳票種別 34360　①管轄局署　③新継再別（1新 5継 7再）　④受付年月日（元号 年 月 日）　⑧業通別（1業 3通）　⑨三者コード（1自 3労 5他）　⑩日雇コード（1日）　⑪特別加入者

⑰平均賃金（十万 万 千 百 十 円 ・ 十 銭）※　⑱特別給与の額（千万 百万 十万 万 千 百 十 円）　⑬日数査定（1療 2賃 3待 4重 5他）　⑭特支コード（1特）　⑮委任未支給（1委 3未）　⑯特別コード（1特）

②労働保険番号　府県　所掌　管轄　基幹番号　枝番号

⑤労働者の性別（1男 3女）

⑥労働者の生年月日（1明 3大 5昭 7平 9令　治 正 和 成 和　元号 年 月 日）　1～9年は右へ　1～9月は右へ　1～9月は右へ

⑦負傷又は発病年月日（1明 3大 5昭 7平 9令　治 正 和 成 和　元号 年 月 日）　1～9年は右へ　1～9月は右へ　1～9月は右へ

⑫労働者の氏名　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。　（　歳）

住所　㉗郵便番号　－

⑲療養のため労働できなかった期間（1明 3大 5昭 7平 9令　治 正 和 成 和　元号 年 月 日）から（元号 年 月 日）まで　㉚賃金を受けなかった日の日数（内訳別紙２のとおり。）　日間のうち　日

下の欄及び㉓、㉔、㉕、㉖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。

新規・変更

振込を希望する金融機関の名称　銀行・金庫　農協・漁協　信組　本店・本所　出張所　支店・支所

口座名義人

㉓預金の種類（1普通 3当座）

㉔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。）

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。

㉕

（つづき）メイギニン（カタカナ）

㉖

㉑金融機関コード※　金融機関　店舗

㉒郵便局コード※

⑫の者については、⑦、⑲、⑳、㉜から㊳まで（㊳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

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（　）　－

（注意）
1. ㊳の(イ)及び(ロ)については、⑫の者が厚生年金保険の被保険者である場合に限り証明してください。
2. 労働者の直接所属事業場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。

1回目の請求書には、必ず記入してください。（死傷病報告提出年月日　年　月　日）

診療担当者の証明

㉘傷病の部位及び傷病名

㉙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

㉚療養の現況　年　月　日　治癒（症状固定）・死亡・転医・中止・継続中

㉛療養のため労働することができなかっ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、㉘から㉛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　休業特別支給金の支給を申請します。

年　月　日

〒　－　電話（　）　－

請求人の申請人　住所　（　方）　氏名

労働基準監督署長　殿

（注意）
一、□□□で表示された枠（以下、記入枠という。）に記入する文字は、光学式文字読取装置（OCR）で直接読取りを行うので、汚したり、穴をあけたり、必要以上に強く折り曲げたり、のりづけしたりしないでください。
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㉓欄並びに⑥、⑦及び⑲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、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、枠からはみだす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。

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。

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/後 時 分頃	円 銭
㉟所定労働時間 午 前/後 時 分から午 前/後 時 分まで	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)どのような不安全な又は有害な状態があって(お)どのような災害が発生したか(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 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		

〔注　意〕

一、所定労働時間後に負傷した場合には、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、㉞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」のうちに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、別紙３は、㊴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、

(一)、㉞欄には、その者の給付基礎日額を記載してください。

(二)、⑦、⑲、⑳、㉝、㉟及び㊲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。

六、第二回目以後の請求(申請)の場合には、

(一)、⑲、⑳、㉙及び㉛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)、㉜欄から㉟欄まで及び㊲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、㊳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、㊴「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な疾病以外は、休業補償給付のみで請求されることとなります。

㊴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	
	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)		

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

様式第８号（別紙1）　（表面）

労働保険番号						氏名	災害発生年月日
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	月・週その他一定の期間によって支払ったもの	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
		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他の請負制によって支払ったもの	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
		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)　＝　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 (ヘ)

Bの(ニ)　円÷労働日数(ハ)　× $\frac{60}{100}$ ＝　円　銭 (ト)

(ヘ)　円　銭＋(ト)　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	(リ) 労働日数又は労働総日数	(ヲ) 賃金総額	平均賃金 $\left((ヲ)\div(リ)\times\frac{73}{100}\right)$
		月　日から 月　日まで	日	円	円　銭
	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			
		都道府県労働局長が定めた金額　円			
漁業労働者及び林業労働者の平均賃金（昭和24年労働省告示第52号第2条による。）	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	(チ)　日
業務外の傷病の療養等のため休業した期間中の賃金	基本賃金	円	円	円	円
	手当				
	手当				
	計	円	円	円	(リ)　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10号(表面)

業務災害用
複数業務要因災害用

労働者災害補償保険
障害補償給付
複数事業労働者障害給付
障害特別支給金
障害特別年金
障害特別一時金
支給請求書
支給申請書

① 労働保険番号					③ 労働者の	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		氏名	(男・女)	年 月 日
						生年月日	年 月 日(歳)	午 前/後 時 分頃
② 年金証書の番号						フリガナ		
管轄局	種別	西暦年	番号			住所		⑤ 傷病の治癒した年月日
						職種		年 月 日
						所属事業場名称・所在地		⑦ 平均賃金

⑥ 災害の原因及び発生状況	(あ)どのような場所で(い)どのような作業をしているときに(う)どのような物又は環境に(え)どのような不安全な又は有害な状態があって(お)どのような災害が発生したかを簡明に記載すること	円 銭
		⑧ 特別給与の総額(年額)
		円

⑨厚生年金保険等の受給関係			
㋑ 厚年等の年金証書の基礎年金番号・年金コード		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 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		

③の者については、④、⑥から⑧まで並びに⑨の㋑及び㋺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〕⑨の㋑及び㋺については、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 障害の部位及び状態	(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 年金の払渡しを受けることを希望する金融機関又は郵便局を希望する金融機関又は郵便局を公利用します:□)			
支店等を除く。)(郵便貯金銀行の金融機関	名称	※ 金融機関店舗コード	
		銀行・金庫 農協・漁協・信組	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	
郵便貯金銀行の郵便局 支店等又は	フリガナ 名称	※ 郵便局コード	
	所在地	都道府県 市郡区	
	預金通帳の記号番号	第 号	

上記により 障害補償給付 複数事業労働者障害給付 の支給を請求します。
障害特別支給金 障害特別年金 障害特別一時金 の支給を申請します。

年 月 日

労働基準監督署長 殿

請求人 申請人 の
〒 ―
電話( ) ―
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10号(裏面)

⑭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
		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っては「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っては「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っ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	明治 大正 昭和 平成	年　月　日	性別	男・女
傷病名				負傷発病年月日	年　月　日		
障害の部位				初診年月日	年　月　日		
既往歴		既存障害		治ゆ年月日	年　月　日		

療養の内容及び経過	
障害の状態の詳細	(図で示すことができるものは図解すること。)

関節運動範囲	部位 ＼ 種類範囲									
			右							
			左							
			右							
			左							
			右							
			左							

〒　　－　　　　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

様式第16号の3(表面)　労働者災害補償保険

通勤災害用

療養給付たる療養の給付請求書

裏面に記載してある注意事項をよく読んだ上で、記入してください。

標	準	字	体	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	

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。）

※ 帳票種別：34590

①管轄局署：

②業通別：3　1業 3通

③保留：　1全レセ 3全給付

⑥処理区分：

④受付年月日 ※ 元号 年 月 日

⑤労働保険番号：府県 所掌 管轄 基幹番号 枝番号（年金証書番号記入欄）

㉓兼業 ※

⑦支給・不支給決定年月日 元号 年 月 日

⑧性別：1男 3女

⑨労働者の生年月日 元号 年 月 日（1～9年は右へ↑ 1～9月は右へ↑ 1～9日は右へ↑）

⑩負傷又は発病年月日 元号 年 月 日（1～9年は右へ↑ 1～9月は右へ↑ 1～9日は右へ↑）

⑪再発年月日 ※ 元号 年 月 日

⑫労働者の

シメイ（カタカナ）：姓と名の間は1文字あけて記入してください。濁点・半濁点は1文字として記入してください。

氏名　（　歳）

⑯郵便番号　－

フリガナ

住所

職種

⑬三者 ※ 1自 3労 5他

⑮特別加入者

⑰第三者行為災害：該当する・該当しない

⑱健康保険日雇特例被保険者手帳の記号及び番号

⑲通勤災害に関する事項：裏面のとおり

⑳指定病院等の　名称　電話(　　)　－

所在地　〒　－

㉑傷病の部位及び状態

⑫の者については、⑩及び裏面の(ロ)、(ハ)、(ニ)、(ホ)、(ト)、(チ)、(リ)(通常の通勤の経路及び方法に限る。)及び(ヲ)に記載したとおりであることを証明します。

年　月　日

事業の名称　電話(　　)　－

事業場の所在地　〒　－

事業主の氏名

（法人その他の団体であるときはその名称及び代表者の氏名）

労働者の所属事業場の名称・所在地　電話(　　)　－

（注意）1　事業主は、裏面の(ロ)、(ハ)及び(リ)については、知り得なかった場合には証明する必要がないので、知り得なかった事項の符号を消してください。

2　労働者の所属事業場の名称・所在地については、労働者が直接所属する事業場が一括適用の取扱いを受けている場合に、労働者が直接所属する支店、工事現場等を記載してください。

3　派遣労働者について、療養給付のみの請求がなされる場合にあっては、派遣先事業主は、派遣元事業主が証明する事項の記載内容が事実と相違ない旨裏面に記載してください。

上記により療養給付たる療養の給付を請求します。

年　月　日

労働基準監督署長 殿

（病院 診療所 薬局 訪問看護事業者 経由）

請求人の　〒　－　電話(　　)　－

住所　（　方）

氏名

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

（この欄は記入しないでください。）

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16号の3（裏面）

通勤災害に関する事項

（イ） 災害時の通勤の種別（該当する記号を記入）		イ．住居から就業の場所への移動　ロ．就業の場所から住居への移動 ハ．就業の場所から他の就業の場所への移動 ニ．イに先行する住居間の移動　ホ．ロに接続する住居間の移動	
（ロ） 負傷又は発病の年月日及び時刻		年　月　日　午 前 後　時　分頃	
（ハ） 災害発生の場所		（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　分頃	
（ヘ） 住居を離れた年月日及び時刻（災害時の通勤の種別がイ、ニ又はホに該当する場合は記載すること）		年　月　日　午 前 後　時　分頃	
（ト） 就業終了の年月日及び時刻（災害時の通勤の種別がロ、ハ又はホに該当する場合は記載すること）		年　月　日　午 前 後　時　分頃	
（チ） 就業の場所を離れた年月日及び時刻（災害時の通勤の種別がロ又はハに該当する場合は記載すること）		年　月　日　午 前 後　時　分頃	
（リ） 災害時の通勤の種別に関する移動の通常の経路、方法及び所要時間並びに災害発生の日に住居又は就業の場所から災害発生の場所に至った経路、方法、所要時間その他の状況		〔通常の通勤所要時間　時間　分〕	
（ヌ） 災害の原因及び発生状況 （あ）どのような場所を （い）どのような方法で移動している際に （う）どのような物で又はどのような状況において （え）どのようにして災害が発生したか （お）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	

㉒その他就業先の有無		
有 無	有の場合のその数（ただし表面の事業場を含まない） 社	有の場合でいずれかの事業で特別加入している場合の特別加入状況（ただし表面の事業を含まない） 労働保険事務組合又は特別加入団体の名称
労働保険番号（特別加入）		加入年月日 年　月　日

［項目記入に当たっての注意事項］

1　記入すべき事項のない欄又は記入枠は空欄のままとし、事項を選択する場合には当該事項を○で囲んでください。（ただし、⑧欄並びに⑨及び⑩欄の元号については該当番号を記入枠に記入してください。）

2　傷病年金の受給権者が当該傷病にかかる療養の給付を請求する場合には、⑤労働保険番号欄に左詰で年金証書番号を記入してください。また、⑨及び⑩は記入しないでください。

3　⑱は、請求人が健康保険の日雇特例被保険者でない場合には記載する必要はありません。

4　（ホ）は、災害時の通勤の種別がハの場合には、移動の終点たる就業の場所における就業開始の予定時刻を、ニの場合には、後続するイの移動の終点たる就業の場所における就業開始の予定の年月日及び時刻を記載してください。

5　（ト）は、災害時の通勤の種別がハの場合には、移動の起点たる就業の場所における就業終了の年月日及び時刻を、ホの場合には、先行するロの移動の起点たる就業の場所における就業終了の年月日及び時刻を記載してください。

6　（チ）は、災害時の通勤の種別がハの場合には、移動の起点たる就業の場所を離れた年月日及び時刻を記載してください。

7　（リ）は、通常の通勤の経路を図示し、災害発生の場所及び災害発生の日に住居又は就業の場所から災害発生の場所に至った経路を朱線等を用いて分かりやすく記載するとともに、その他の事項についてもできるだけ詳細に記載してください。

［標準字体記入にあたっての注意事項］

□□□ で表示された記入枠に記入する文字は、光学式文字読取装置（OCR）で直接読取りを行いますので、以下の注意事項に従って、表面の右上に示す標準字体で記入してください。

1　筆記用具は黒ボールペンを使用し、記入枠からはみださないように書いてください。

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

（例）キッテ → キ ツ テ　　キョ → キ ヨ　　バ → ハ ゛

3　シ ツ ソ ン は斜の弧を書き始めるとき、小さくカギを付けてください。

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

派遣先事業主証明欄	派遣元事業主が証明する事項（表面の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。 年　月　日 事業の名称　電話（　）　― 事業場の所在地　〒　― 事業主の氏名 （法人その他の団体であるときはその名称及び代表者の氏名）

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

様式第16号の4（表面）

労働者災害補償保険

療養給付たる療養の給付を受ける指定病院等（変更）届

労働基準監督署長　殿　　年　月　日

［病院／診療所／薬局／訪問看護事業者　経由］

〒　－

電話（　）　－

届出人の　住所　　方

氏名

下記により療養給付たる療養の給付を受ける指定病院等を（変更するので）届けます。

①労働保険番号					③労働者の氏名	（男・女）	④負傷又は発病年月日
府県	所掌	管轄	基幹番号	枝番号	生年月日	年　月　日（　歳）	年　月　日
					住所		午前／後　時　分頃
②年金証書の番号					職種		
管轄局	種別	西暦年	番号				

⑤ 災害の原因及び発生状況　（あ）どのような場所を（い）どのような方法で移動している際に（う）どのような物で又はどのような状況において（え）どのようにして災害が発生したかを簡明に記載すること

③の者については、④に記載したとおりであることを証明します。

年　月　日

事業の名称

〒　－　　電話（　）　－

事業場の所在地

事業主の氏名

（法人その他の団体であるときはその名称及び代表者の氏名）

〔注意〕　事業主は、④について知り得なかった場合には、証明する必要がないこと。

⑥指定病院等の変更	変更前の	名称	〔労災指定医番号〕
		所在地	〒　－
	変更後の	名称	
		所在地	〒　－
	変更理由		
⑦	傷病年金の支給を受けることとなった後に療養の給付を受けようとする指定病院等の	名称	
		所在地	〒　－
⑧	傷病名		

様式第16号の４（裏面）

<table>
<tr><td colspan="3">⑨その他就業先の有無</td></tr>
<tr><td rowspan="2">有
無</td><td rowspan="2">有の場合のその数
（ただし表面の事業場を含まない）
社</td><td>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）</td></tr>
<tr><td>労働保険事務組合又は特別加入団体の名称</td></tr>
<tr><td colspan="2">労働保険番号（特別加入）</td><td rowspan="2">加入年月日
年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td></tr>
</table>

〔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。

<table>
<tr><td rowspan="2">社会保険
労務士
記載欄</td><td>作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示</td><td>氏　　名</td><td>電　話　番　号</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>（　　）
―</td></tr>
</table>

様式第16号の5（1）（表面）　労働者災害補償保険

通勤災害用

療養給付たる療養の費用請求書

第　　回
（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 34260　①管轄局署　②業通別 3（1業 3通）　⑧受付年月日（元号 年 月 日）　⑩三者コード（1自 3労 5他）　⑪委任未支給（1委任 3未支給 5委未）　⑫特別加入者　⑬審査コード

③労働保険番号　府県　所掌　管轄　基幹番号　枝番号

④年金証書の番号　管轄局　種別　西暦年　番号

⑤労働者の性別（1男 3女）　⑥労働者の生年月日（1明治 3大正 5昭和 7平成 9令和）　⑦負傷又は発病年月日（元号 年 月 日）

※⑭金融機関コード　金融機関　店舗

⑨労働者の　シメイ（カタカナ）：姓と名の間は1文字あけて記入してください。濁点・半濁点は1文字として記入してください。

氏名　（　歳）　職種

住所　㉖郵便番号

⑮※郵便局コード

新規・変更

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。右の欄及び⑯から⑲までの欄は、口座を振込を希望する金融機関の名称　銀行・金庫　農協・漁協　信組　本店・本所　出張所　支店・支所　口座名義人

⑯預金の種類（1普通 3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、空欄には「0」を記入。）

⑱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。

⑲（つづき）メイギニン（カタカナ）

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。

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）1　事業主は裏面の（ワ）、（カ）及び（ヨ）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　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。

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

年　月　日　治癒（症状固定）・継続中・転医・中止・死亡

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。

年　月　日　〒　－

病院又は診療所の　所在地　名称　電話（　）　－

診療担当者氏名

（ニ）療養の内訳及び金額（内訳裏面のとおり。）　千　円

（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）　千万　百万　十万　万　千　百　十　円

㉑費用の種別（※　1診療 2看護 3移送 4装具 5診断書）　㉒療養期間の初日（元号 年 月 日）　から　㉓療養期間の末日（元号 年 月 日）　まで　㉔診療実日数　日　㉕転帰事由（1治癒（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　〒　－　電話（　）　－

請求人の　住所　（　方）

氏名

労働基準監督署長　殿

108

（注意）
一、□□□で表示された枠（以下、記入枠という。）に記入する文字は、光学式文字読取装置（OCR）で直接読取りを行うので、汚したり、穴をあけたり、必要以上に強く折り曲げたり、のりづけしたりしないでください。
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⑯欄並びに⑥及び⑦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、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、枠からはみだす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。

※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。

様式第16号の5(1)(裏面)

(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　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
(ヌ)労働者の所属事業場の名称・所在地		(ル)現認者の　住所 氏名　電話(　　)　―

(ヲ)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)⑦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
(ヨ)災害発生の場所			
(タ)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)			
(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		
(ラ)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)
初診	時間外・休日・深夜	
再診	外来診療料　×　回 継続管理加算　×　回 外来管理加算　×　回 時間外　×　回 休日　×　回 深夜　×　回	
指導		
在宅	往診　回 夜間　回 緊急・深夜　回 在宅患者訪問診療　回 その他 薬剤　回	
投薬	内服　薬剤　単位 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	
注射	皮下筋肉内　回 静脈内　回 その他　回	
処置	薬剤　回	
手術麻酔	薬剤　回	
検査	薬剤　回	
画像診断	薬剤　回	
その他	処方せん　回 薬剤	
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 ×　日間 特定入院料・その他	
小計	点　①	円

診療内容	金額
初診	円
再診　回	円
指導　回	円
その他	円
食事(基準　) 円×　日間 円×　日間 円×　日間	円 円 円
小計　②	円
摘要	
合計金額 ①+②	円

摘要

㉖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
	加入年月日　年　月　日
労働保険番号(特別加入)	

(注意)

一、共通の注意事項

(一)事項を選択する場合には、該当する事項を○で囲むこと。

(二)(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。

(三)(イ)の期間には、最終の投薬の期間をも算入すること。

(四)(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。

(五)(ラ)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場合の注意事項

(一)④は記載する必要がないこと。

(二)第二回以後の請求の場合には、(ル)から(ネ)まで、並びに(ム)及び(ウ)については記載する必要がなく、また事業主の証明は受ける必要がないこと。

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。

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(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))の記載内容について事実と相違ないことを証明します。 年　月　日 事業の名称　電話(　　)　― 〒　― 事業場の所在地 事業主の氏名 (法人その他の団体であるときはその名称及び代表者の氏名)

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

様式第16号の６（表面）

通勤災害用

労働者災害補償保険 休業給付支給請求書 休業特別支給金支給申請書

第　　回（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 34360　①管轄局署　③新継再別（1新 5継 7再）　④受付年月日（元号 年 月 日）　⑧業通別（3 1業 3通）　⑨三者コード（1自 3労 5他）　⑩日雇コード（1日）　⑪特別加入者

⑰平均賃金（十万 万 千 百 十 円 ・ 十 銭）※　⑱特別給与の額（千万 百万 十万 万 千 百 十 円）　⑬日数査定（1療 2賃 3待 4事 5他）　⑭特支コード（1特）　⑮委任未支給（1委 3未）　⑯特別コード（1特）

②労働保険番号　府県　所掌　管轄　基幹番号　枝番号

⑤労働者の性別（1男 3女）

⑥労働者の生年月日（1明 3大 5昭 7平 9令　治 正 和 成 和　元号 年 月 日）　1～9年は右へ　1～9月は右へ　1～9月は右へ

⑦負傷又は発病年月日（1明 3大 5昭 7平 9令　治 正 和 成 和　元号 年 月 日）　1～9年は右へ　1～9月は右へ　1～9月は右へ

⑫労働者の氏名　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。　（　　歳）

住所　㉗郵便番号　－

⑲療養のため労働できなかった期間（1明 3大 5昭 7平 9令　治 正 和 成 和　元号 年 月 日）　1～9年は右へ　1～9月は右へ　1～9月は右へ　から　（元号 年 月 日）　1～9年は右へ　1～9月は右へ　1～9月は右へ　まで　日間のうち　日

⑳賃金を受けなかった日の日数（内訳別紙２のとおり。）

下の欄、㉓、㉔、㉕及び㉖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。

新規・変更

振込を希望する金融機関の名称　銀行・金庫　農協・漁協　信組　本店・本所　出張所　支店・支所

口座名義人

㉓預金の種類（1普通 3当座）

㉔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。）

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。

㉕

（つづき）メイギニン（カタカナ）

㉖

㉑金融機関コード※　金融機関　店舗

㉒郵便局コード※

⑫の者については、⑦、⑲、⑳、㉜から㉞まで、㊱、㊲、㊳、㊵、㊶、㊷（通常の通勤の経路及び方法に限る。）、㊼、㊾、㊿（㊿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

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（　　）　－

（注意）
1. ㊿の(イ)及び(ロ)については、⑫の者が厚生年金保険の被保険者である場合に限り証明してください。
2. 労働者の直接所属事業場名称所在地については、当該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。

診療担当者の証明

㉘傷病の部位及び傷病名	
㉙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	㉚療養の現況　年　月　日　治癒（症状固定）・死亡・転医・中止・継続中
	㉛療養のため労働することができなかっ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、㉘から㉛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

上記により休業給付の支給を請求 / 休業特別支給金の支給を申請します。　〒　－　電話（　　）　－

年　月　日

請求人 / 申請人の　住所　（　　方）　氏名

労働基準監督署長　殿

110

（注意）
一、□□□で表示された枠（以下、記入枠という。）に記入する文字は、光学式文字読取装置（OCR）で直接読取りを行うので、汚したり、穴をあけたり、必要以上に強く折り曲げたり、のりづけしたりしないでください。
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㉓欄並びに⑥、⑦及び⑲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、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、枠からはみだす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。

※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。

㉜ 労働者の職種	㉝ 負傷又は発病の年月日及び時刻	㉞ 平均賃金（算定内訳別紙1のとおり）
	年　月　日　午　前 後　時　分頃	円　銭

㉟ 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
㊱ 災害発生の場所		
㊲ 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）		
㊳ 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
㊴ 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
㊵ 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
㊶ 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
㊷ 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の場所に至った経路、方法、所要時間その他状況		〔通常の通勤所要時間　時間　分〕
㊸ 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)⑦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		
㊹ 現認者の	住所	電話（　）　―
	氏名	
㊺ 第三者行為災害	該当する・該当しない	
㊻ 健康保険日雇特例被保険者手帳の記号及び番号		
㊼ 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	㊽ 転任直前の住居に係る住所
㊾ 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）	

㊿ 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	

㊿1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	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
無		
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

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
			（　）　―

〔注　意〕

一、所定労働時間後に負傷した場合には、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、㉞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、

(一)、㉞欄には、その者の給付基礎日額を記載してください。

(二)、⑦、⑲、⑳、㉝及び㊱から㊸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、㊿1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)、⑲、⑳、㉙及び㉛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)、㉜欄から㊺欄まで、㊼欄及び㊽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、㊻は、請求人（申請人）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。

八、休業特別支給金の支給の申請のみを行う場合には、㊿欄は記載する必要はありません。

様式第１６号の６（別紙1）　（表面）

労働保険番号						氏名	災害発生年月日
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	月・週その他一定の期間によって支払ったもの	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
		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他の請負制によって支払ったもの	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
		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)　＝　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 (ヘ)

Bの(ニ)　円÷労働日数(ハ)　× $\frac{60}{100}$ ＝　円　銭 (ト)

(ヘ)　円　銭＋(ト)　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	(ル) 労働日数又は労働総日数	(ヲ) 賃金総額	平均賃金 $\left((ヲ)\div(ル)\times\frac{73}{100}\right)$
		月　日から 月　日まで	日	円	円　銭
	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			
		都道府県労働局長が定めた金額　円			

漁業労働者（昭和24年労働省告示第52号第2条による。）	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	(チ)　日
業務外の傷病の療養等のため休業した期間中の賃金	基本賃金	円	円	円	円
	手当				
	手当				
	計	円	円	円	(リ)　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7　（表面）

通勤災害用

労働者災害補償保険

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

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

⑨厚生年金保険等の受給関係			
㋑ 厚年等の年金証書の基礎年金番号・年金コード		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　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		

③の者については、⑥及び⑦並びに⑨の㋑及び㋺並びに別紙の㋩、㋥、㋭、㋬、㋣、㋠、㋡（通常の通勤の経路及び方法に限る。）及び㋧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〕 別紙の㋩、㋥及び㋬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の㋑及び㋺については、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 をする関局				
金融機関（郵便貯金銀行を除く。）の	名称	※ 金融機関店舗コード		
		銀行・金庫 農協・漁協・信組	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		
郵便貯金銀行又は郵便局の	名称	※ 郵便局コード		
		フリガナ		
	所在地	都道府県	市郡区	
	預金通帳の記号番号	第　号		

上記により　障害給付の支給を請求します。
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

労働基準監督署長 殿

請求人
申請人　の

〒　－　　電話（　）　－

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)

<table>
<tr><td colspan="4">⑭その他就業先の有無</td></tr>
<tr><td rowspan="2">有
無</td><td colspan="2">有の場合のその数
(ただし表面の事業場を含まない)
社</td><td>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)</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td>労働保険事務組合又は特別加入団体の名称</td></tr>
<tr><td colspan="2">労働保険番号(特別加入)</td><td rowspan="2">加入年月日
年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td>給付基礎日額
円</td></tr>
</table>

〔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、㋡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っては「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っては「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っ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	明治 大正 昭和 平成	年　月　日	性別	男・女
傷病名				負傷発病年月日	年　月　日		
障害の部位				初診年月日	年　月　日		
既往歴		既存障害		治ゆ年月日	年　月　日		

療養の内容及び経過	
障害の状態の詳細	(図で示すことができるものは図解すること。)

関節運動範囲	部位 ＼ 種類範囲									
			右							
			左							
			右							
			左							
			右							
			左							

〒　　－　　　　電話(　　)　　－

上記のとおり診断します。

所　在　地

年　　月　　日

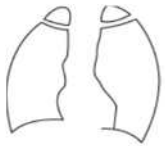
名　　称

診断担当者
氏　　名

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ように記入して下さい。)	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 初診年月日　年　月　日
5 既往症の概要	(胸部に関する既往症について記入して下さい。)		
6 過去1年間の療養の内容及び経過の概要	(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



1. 撮影年月日　年　月　日
2. 写真番号
3. 撮影条件　KV　mAs
増感紙

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/+)

像	区分	タイプ
粒状影	／	p q r
不整形陰影	／	

ロ. 大陰影の区分　(A　B　C)

ハ. 付加記載事項　(pl plc co bu ca cv em es px tb)

8 胸部に関する臨床検査

検査年月日		年　月　日			
自覚症状	呼吸困難	I　II　III　IV　V	他覚所見	チアノーゼ	＋　－
	せき	＋　－		ばち状指	＋　－
	たん	＋　－		副雑音	＋　－ (部位　)
	心悸亢進	＋　－		その他	
	その他				

9 合併症に関する検査

検査年月日	年　月　日		
自覚症状			
結核精密検査 結核菌	塗抹	＋　－	
	培養	＋　－	
結核精密検査 エックス線特殊撮影	撮影法(　)		
	所見		
結核精密検査 赤血球沈降速度	1時間値	mm	
	2時間値	mm	
結核精密検査 ツベルクリン反応	mm ×	mm	
判定	療養(要・不要)		

肺結核以外の合併症に関する検査

結核菌 たん	塗抹	＋　－	
	培養	＋　－	
結核菌 滲出液	塗抹	＋　－	
	培養	＋　－	
たん	年月日	年　月　日	年　月　日
	量	mℓ	mℓ
	性状		
喀痰細胞診	年月日(初日)	年　月　日	
	所見		
エックス線特殊撮影	年月日	年　月　日	
	撮影法	らせんCT、その他(　)	
	所見		
その他の所見			

10 肺機能検査

身長	cm	1秒量予測値	ℓ
年齢	満　歳	肺活量予測値	ℓ

第1次検査	検査年月日	年　月　日	年　月　日
	肺活量	ℓ	ℓ
	努力肺活量	ℓ	ℓ
	1秒量	ℓ	ℓ
	1秒率	□□.□ %	□□.□ %
	%1秒量	□□□.□ %	□□□.□ %
	%肺活量	□□□.□ %	□□□.□ %
第2次検査	検査年月日	年　月　日	年　月　日
	採血の部位		
	採血から分析終了までの時間	分	分
	酸素分圧	Torr	Torr
	炭酸ガス分圧	Torr	Torr
	肺胞気動脈血酸素分圧較差	□□.□□ Torr	□□.□□ Torr
判定		F　(－　＋　++)	

(裏面へ続く)

11 日常生活の状況 各項目についてできる場合は可を、できない場合は否を○で囲んで下さい。	① 乗り物や徒歩で病院に通ったり、自宅周囲や病院構内を散歩することができる	可	否
	② 平地をゆっくりした速度でなら1km程度以上歩くことができる。	可	否
	③ 盆栽の手入れをしたり、草花を育てたりするごく軽い趣味程度の仕事を1時間程度以上続けることができる。	可	否
	④ 坐ってテレビを見たり、新聞を読んだり、字を書いたりすることを1時間程度以上続けることができる。	可	否
	⑤ 他人の手を借りずに又は借りて、自宅や病棟内をゆっくり歩くことができる。	可	否
	⑥ 他人の手を借りずに又は借りて、便所で排便することができる。	可	否
	⑦ 他人の手を借りずに又は借りて、室内をゆっくり歩くことができる。	可	否
	⑧ 他人の手を借りずに着物を着たり脱いだりできる。	可	否
	⑨ 他人の手を借りずに寝たり、起きたり、顔を洗ったり、食事をしたりできる。	可	否
	備考 (1) 今後6ヶ月における上記状況の変化の見込の有無（有の場合はその理由） (2) じん肺及び合併症以外の傷病により上記の状態が認められる場合にはその概要を記載して下さい。		
12 今後における治療の要否及びその概要	要 否	（要の場合は、治療の概要を記載して下さい。）	
13 今後における入院の要否及びその事由	要 否	（要の場合は、その事由を記載して下さい。）	
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)

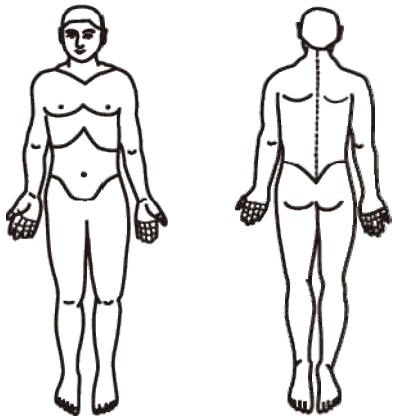
1 氏名等	(男・女)	2 生年月日	大昭 平令　年　月　日
3 傷病名		4 負傷年月日	年　月　日
		初診年月日	年　月　日
5 麻痺の状況	有　(第　髄以下完全・不全)　神経因性膀胱　有・無 無		

6 過去1年間の療養の内容及び経過の概要

	せき髄、せき椎に対する治療	四肢に対する治療	尿路に対する治療	その他
期間	自　年　月　日 至　年　月　日	自　年　月　日 至　年　月　日	自　年　月　日 至　年　月　日	自　年　月　日 至　年　月　日
療養の内容及び経過の概要				

7 運動器系所見

(知覚麻痺、褥創、自動性なし、拘縮、反射等を、下記人体図を利用して記載してください。)



8 泌尿器系所見

検査年月日　(　・　・　)
腎機能障害:　左　右
結石:　腎(　)、尿管(　)、膀胱(　)
感染:
瘻孔:　腎(　)、尿管(　)、膀胱(　)、尿道(　)
BUN値(　)、カテーテル留置(有・無)

9 日常生活の状況 (該当事項にレを記入して下さい)

(1) 食事
□1. 自助具を用いても不能
□2. 自助具を用いれば可能
□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
□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
□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)
□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
□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
□2. 行動範囲は自宅、病棟内のみ
理由

備考: 今後6ヶ月以内における上記症状の変化の見込の有無　有・無　(理由)

10 その他の異常所見

(同一災害による「せき髄損傷」以外の障害の概要)

11 今後の治療の要否とその概要

(1) 入院	要・否	(概要)
(2) 運動器系及び褥創に対する治療	要・否	
(3) 泌尿器系に対する治療	要・否	

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

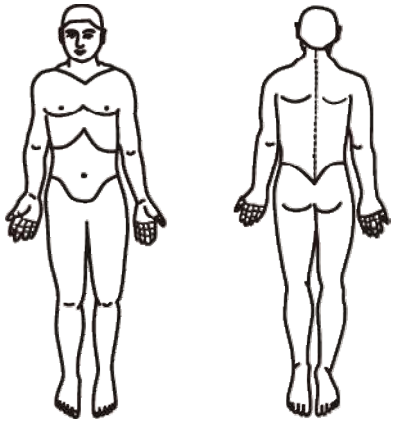
上記のとおり診断します。
年　月　日　〒
所在地
病院又は診療所の 名称
診療医氏名　㊞
(電話　)

(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**　（じん肺 せき髄損傷 以外用）

1 氏名等	（男・女）	2 生年月日	大昭 平令　年　月　日	
3 傷病名		4	負傷年月日	年　月　日
			初診年月日	年　月　日
5 過去1年間における療養の内容及び経過の概要	（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）			
6 主訴（列挙して下さい。）				
7 他覚的所見	（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レを記入して下さい。）	(1) 行動能力	□① 終日臥床 □② 自宅、病棟内でのみ行動できる □③ 通院（単独歩行）できる 理由
	(2) 食事	□① 全く自用を弁じない □② 他人の介助によってできる □③ 支障がない 理由
	(3) 用便	□① 全く自用を弁じない □② 他人の介助によってできる □③ 支障がない 理由
	(4) 精神能力	□① 常に他人の厳重な注意を要する □② 随時他人の注意を要する □③ 通院可能であるが就労できない 理由
	(5) 言語能力	□① 完全な失語あるいは構音機能のそう失 □② 他人との間でようやく意思を通じあうことができる □③ 支障がない 理由
	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）
11 今後の治療の要否とその概要	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 ……

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6366）

年金通知様式第７号

労働者災害補償保険

障害の状態に関する診断書

① 氏　　名		② 生 年 月 日	明治 大正 昭和 平成 令和　　年　　月　　日
③ 負傷（発症） 年　月　日	昭和 平成 令和　　年　　月　　日	④ 治　　ゆ 年　月　日	昭和 平成 令和　　年　　月　　日
⑤ 傷　病　名			
⑥ 障害の部位			

⑦ 障害の状態の詳細			
	関節運動範囲の計測又は検査の結果	計測部位又は検査の種類	計測又は検査の結果

⑧ 日常生活の状況（該当する事項の項目に√を記入して下さい。）	(1) 行動能力	□①終日臥床 □②自宅、病棟内でのみ行動できる □③通院（単独歩行）できる
	(2) 食　　事	□①全く自用を弁じない □②他人の介助によってできる □③支障がない
	(3) 用　　便	□①全く自用を弁じない □②他人の介助によってできる □③支障がない
	(4) 精神能力	□①常に他人の厳重な注意を要する □②随時他人の注意を要する □③通院可能であるが就労できない □④支障がない
	(5) 言語能力	□①完全な失語あるいは構音機能のそう失 □②他人との間でようやく意思が通じあうことができる □③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）⑧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。

(振動様式第2号)　　(物品番号62217)

振動障害診断所見書

1. 氏名等

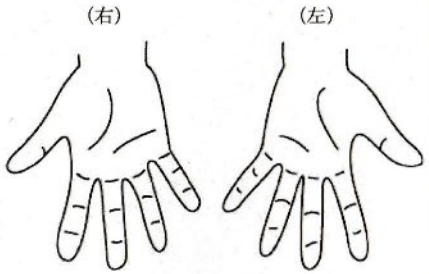
氏名	(男・女)	生年月日	大・昭・平・令　年　月　日(　歳)
		現住所	
認定年月日	年　月　日	治療区分	入院・通院(　回／週・月)
就労	無・有(　)	療養中の振動工具の使用	無・有(　)

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

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	自訴がある・確認 / 未確認・確認	確認の方法(　)
レイノー現象		無・有	回／日・週・月・年 時期:			
手指の冷え	左	無・有	±・＋・＋＋・＋＋＋			
	右	無・有	±・＋・＋＋・＋＋＋			
手指のしびれ	左	無・有	±・＋・＋＋・＋＋＋			
	右	無・有	±・＋・＋＋・＋＋＋			
その他(　)		無・有	±・＋・＋＋・＋＋＋			
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(表示は何節までかもはっきり示すこと)。

▨ 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。

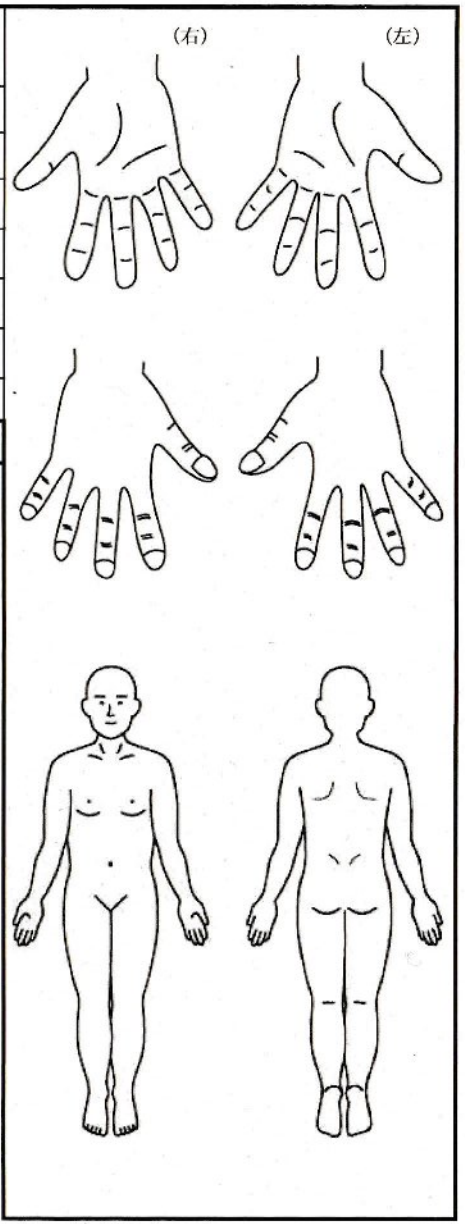
(±) わずかにある　(＋) ある
(＋＋) かなりある　(＋＋＋) ひどくある

(注3) 総合評価は次の区分により記入すること。

S_0=(－、±)　S_1=(＋)
S_2=(＋＋)　S_3=(＋＋＋)

(2) 末梢神経障害(N)

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



(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(何節までかもはっきり示すこと)。

▨ 知覚鈍麻(赤色)
▩ しびれ(黒色)
▦ 痛み(青色)

(注2) 程度の評価は、次の区分により記入すること。

(±) わずかにある
(＋) ある
(＋＋) かなりある
(＋＋＋) 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_0=(－、±)
S_1=(＋)
S_2=(＋＋)
S_3=(＋＋＋)

3. 運動器(骨・関節系)障害の自覚症状・身体所見等

(1)指、関節の症状

区分		指		手関節		肘関節	
		左	右	左	右	左	右
変形		−・+ ( )	−・+ ( )	−・+	−・+	−・+	−・+
腫脹		−・±・+・++・+++ ( )	−・±・+・++・+++ ( )	−・±・+・++・+++	−・±・+・++・+++	−・±・+・++・+++	−・±・+・++・+++
圧痛		−・±・+・++・+++ ( )	−・±・+・++・+++ ( )	−・±・+・++・+++	−・±・+・++・+++	−・±・+・++・+++	−・±・+・++・+++
運動痛		−・±・+・++・+++ ( )	−・±・+・++・+++ ( )	−・±・+・++・+++	−・±・+・++・+++	−・±・+・++・+++	−・±・+・++・+++
運動痛の状況							
関節の可動域	背屈(又は伸展)	( ) °	( ) °	°	°	°	°
関節の可動域	掌屈(又は屈曲)	( ) °	( ) °	°	°	°	°
関節の可動域	前腕 回内					°	°
関節の可動域	前腕 回外					°	°
関節の可動域	備考						

(注1) 「指」については異常のある指名を( )に記入すること。

(注2) 障害の程度は、次の区分により記入すること。

(−) ない　(±) わずかにある

(+) ある　(++) かなりある

(+++) ひどくある

(注3) 「運動痛の状況」は、例えば、最大伸展、最大屈曲時の痛み、運動域全体にわたる痛み、安静時にも痛むのように記入すること。

(注4) 「関節の可動域」については、測定値を記入すること(測定は年1回行うこと)。

(注5) 既往症による異常については、「備考」に外傷等のように記入すること。

(2) 尺骨神経麻痺症状

区分	変形(驚手)	紙ハサミカ低下	尺骨神経溝 圧痛	肥厚	脱臼	放散痛
左	−・±・+・++・+++	−・±・+・++・+++	−・±・+・++・+++	−・±・+・++・+++	−・±・+・++・+++	−・±・+・++・+++
右	−・±・+・++・+++	−・±・+・++・+++	−・±・+・++・+++	−・±・+・++・+++	−・±・+・++・+++	−・±・+・++・+++

区分	手術の要否と治療方針
左	不要・要 ( )
右	不要・要 ( )

(注) 「手術の要否と治療方針」は次の例を参考に記載すること。

(例) 不要 (月1回経過観察)

要 (出来るだけ早く移行術を行う。)

(3) 総合評価による疾病名等

疾病	無・有 ( )

手術的療法の要否	不要・要 ( )

4. 末梢(循環・神経)障害機能検査

(1)常温下検査

区分		左手 示指	左手 中指	左手 環指	左手 小指	右手 示指	右手 中指	右手 環指	右手 小指	総合評価
循環機能検査	手指皮膚温(℃)	(　)	(　)	(　)	(　)	(　)	(　)	(　)	(　)	L (　)
	爪圧迫(秒)	(　)	(　)	(　)		(　)	(　)	(　)		L (　)
神経機能検査	痛覚(g)	(　)	(　)	(　)		(　)	(　)	(　)		L (　)
	振動覚(125Hz)	(　)	(　)	(　)		(　)	(　)	(　)		L (　)
	振動覚(　Hz)	(　)	(　)	(　)		(　)	(　)	(　)		L (　)

室温	℃	気温	℃
痛覚計の型式		検査者名	
検査年月日	年　月　日		

(注1)　検査値は測定値を記入すること。

(注2)　(　　)内は評価で、－、±、＋、＋＋、＋＋＋　と記入すること。

(注3)　総合評価は次の区分により記入すること。

L_0＝(－、±)　　L_1＝(＋)

L_2＝(＋＋)　　L_3＝(＋＋＋)

(2) 冷水負荷検査

区分		検指 左・右	負荷前	負荷開始後 6分	7分	8分	9分	10分(又は直後)	終了後 5分	10分	回復率 5分率	10分率	総合評価
循環機能検査	手指皮膚温(℃)	示・中・環		(　)	(　)	(　)	(　)	(　)	(　)	(　)	% (　)	% (　)	L (　)
	爪圧迫(秒)	示・中・環						(　)	(　)	(　)			L (　)
神経機能検査	痛覚(g)	示・中・環						(　)	(　)	(　)			L (　)
	振動覚(125Hz)	示・中・環						(　)	(　)	(　)			L (　)
	振動覚(　Hz)	示・中・環						(　)	(　)	(　)			L (　)

室温	℃	気温	℃
負荷温度	℃	痛覚計の型式	
検査年月日	年　月　日	検査者名	

(注1)　検査値は測定値を記入すること。

(注2)　(　　)内は評価で、－、±、＋、＋＋、＋＋＋　と記入すること。

(注3)　総合評価は次の区分により記入すること。

L_0＝(－、±)　　L_1＝(＋)

L_2＝(＋＋)　　L_3＝(＋＋＋)

5. その他の検査等

	手関節		肘関節		その他
	左	右	左	右	部位(　　)
エックス線					

		区分	瞬発握力(kg)	1回目	2回目
瞬発握力	〔利き手〕左・右	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、サーモグラフィー検査、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(　　)
	運動器障害			
	1. 疾病の有無　無・有(　　)			
	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　　㊞

(振動様式第3号)

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 年 月 日
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) 検査所見 V (L)
	末梢神経障害	自覚症状 N (S) 検査所見 N (L)
	運動器障害	自覚症状 検査所見 障害手術 有要 無否

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

(物品番号622171)

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　　㊞
(記名押印又は署名)

(☎　　)

岩適様式第３号

令和　　年　　月　　日

殿

労働基準監督署長

症状等の照会について（初回）

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

（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。

［別紙］

令和　　年　　月　　日

労働基準監督署長　殿

医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
医師氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

症状等の照会に対する意見

令和　　年　　月　　日付けで照会ありました、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。

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	

岩適様式第４号

令和　　年　　月　　日

殿

労働基準監督署長

症状固定等に関する照会について

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、貴殿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すと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います。

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、障害が残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。

［別紙］

令和　　年　　月　　日

労働基準監督署長　殿

医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医師氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

傷病労働者　　に係る照会に対する回答及び意見

令和　　年　　月　　日付けで照会ありました、傷病労働者　　に係る照会について下のとおり回答します。

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　　平成・令和　　年　　月　　日 【その理由】
3　継続治療している場合	①現在の主たる治療内容及び目的 ②治療の頻度　　月現在［入院中］、　　月現在［月・週　回程度の通院］ ③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】 ④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】 ⑤労働の可否
4　前記「3」からみた治ゆ・症状固定時期等	①治ゆ・症状固定時期　　令和　　年　　月　　頃 ②「①」の判断根拠
5　その他の参考事項 （手術の予定等）	