

#### 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 .....                | 77 |
| 指導管理箋（別紙様式 1 ～ 3、3 の 2、4、4 の 2） ..... | 78 |
| 労災リハビリテーション実施計画書（別紙様式 5） .....        | 84 |
| 早期社会復帰のための指導項目（別紙様式 6、6 の 2） .....    | 85 |

### (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 .....       | 87 |
| 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） ..... | 88 |
| 診機様式第 2 号    | 診療費請求内訳書（入院用） .....         | 89 |
| 診機様式第 3 号    | 診療費請求内訳書（入院外用） .....        | 90 |
| 診機様式第 4 号    | 診療費請求内訳書 ⑧（入院用） .....       | 91 |
| 診機様式第 5 号    | 診療費請求内訳書 ⑧（入院外用） .....      | 92 |
|              | 診療費請求内訳書（続紙） .....          | 94 |

### (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 .....                | 95  |
| 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<br>を受ける指定病院等（変更）届 ..... | 97  |
| 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 .....                | 99  |
| 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 .....                     | 101 |
| 様式第 8 号(別紙 1～3) | 平均賃金算定内訳書 他 .....                                  | 103 |
| 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 .....                     | 107 |

#### 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 .....            | 111 |
| 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 ..... | 113 |
| 様式第 16 号の 5（1）      | 療養給付たる療養の費用請求書 .....            | 115 |
| 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 .....    | 117 |
| 様式第 16 号の 6(別紙 1～3) | 平均賃金平均内訳書 他 .....               | 119 |
| 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 .....    | 123 |

### (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） | .....             | 127       |
| 年金通知様式第 3 号              | 診断書（せき髄損傷用）       | ..... 129 |
| 年金通知様式第 4 号              | 診断書（じん肺・せき髄損傷以外用） | ..... 130 |
| 年金通知様式第 7 号              | 障害の状態に関する診断書      | ..... 131 |
| 振動様式第 2 号                | 振動障害診断所見書         | ..... 132 |
| 振動様式第 3 号                | 振動障害に関する意見書       | ..... 136 |
| 岩適様式第 3 号                | 症状等の照会について（初回）    | ..... 138 |
| 岩適様式第 4 号                | 症状固定等に関する照会について   | ..... 139 |



# 労災リハビリテーション評価計画書

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

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

## 指導管理箋＜第 回目＞

|               |                                                              |  |                                                                 |                                        |  |
|---------------|--------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------|--|
| 氏 名           |                                                              |  | 生年月日                                                            | 年      月      日                        |  |
| 負傷又は<br>発病年月日 | 年      月      日                                              |  | 傷病名                                                             |                                        |  |
| 休業前の<br>職 種   | <input type="checkbox"/> 深夜勤<br><input type="checkbox"/> 有・無 |  | <input type="checkbox"/> 復帰を希望<br><input type="checkbox"/> する職種 | 原職 ・ 事務職 ・ その他(                      ) |  |

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）  
〔 〕

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

本人署名

所在地

名称

醫師名

(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             |
| 休業前の<br>職 種                                                                                                                                                                                     | <div>深夜勤<br/>有・無</div> | 復帰を希望<br>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 )                                                                                                                                                        |                        |                     |                   |
| <div><div><div><div><div><input type="checkbox"/> 初診時症状</div><div><input type="checkbox"/> 前回指導時<br/>症状</div></div><div>※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。)</div></div></div></div> |                        |                     |                   |
| 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<br>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<br>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<br>不要 ・ 要(特記事項: )                                                                                                                                                         |                        |                     |                   |
| カ 対人業務の制限<br>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)<br>( )                                                                                                                                                  |                        |                     |                   |
| 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。<br>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。<br>年 月 日 所在地<br>病院又は 名称<br>診療所の 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         |               |  |
| 負傷又は<br>発病年月日                                                                                                                                                                                                                     | 年 月 日 | 傷病名          |               |               |  |
| 休業前の<br>職種                                                                                                                                                                                                                        |       | 〔深夜勤<br>有・無〕 | 復帰を希望<br>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<br>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)<br>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( )<br>〔 ①～③の場合その期間(推定) 〕<br>年 月 頃まで                                                                                                                         |       |              |               |               |  |
| 3 勤務時間調整の必要性<br>①あり(1日 時間まで、週 時間まで) ②なし<br>*②なしの場合、時間外勤務調整の必要性<br>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<br>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<br>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<br>〔 〕                                                                                                                                                                                             |       |              |               |               |  |
| 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<br>〔 〕                                                                                                                                                                                                  |       |              |               |               |  |
| 2 今後の療養の予定<br>月に 回程度の診療予定                                                                                                                                                                                                         |       |              |               |               |  |
| 上記内容を確認しました。<br>年 月 日<br>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。<br>年 月 日<br>所在地<br>病院又は<br>名称<br>診療所の<br>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。<br>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。<br>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＜第 回目＞

|               |                        |               |                   |
|---------------|------------------------|---------------|-------------------|
| 氏 名           |                        | 生年月日          | 年 月 日             |
| 負傷又は<br>発病年月日 | 年 月 日                  | 傷病名           |                   |
| 休業前の<br>職 種   | <div>深夜勤<br/>有・無</div> | 復帰を希望<br>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 肉体力労働のみ制限 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 個々の高年齢労働者の健康や体力の状況を踏まえ、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

個々の高年齢労働者の健康や体力の状況を踏まえた日常生活上の指導事項

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                              |
| 休業前の<br>職 種                                                                                                                                                                                                                                                      |             | 〔深夜勤<br>有・無〕 | 復帰を希望<br>する職種<br>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 )                                                                                                                                                                                                                         |             |              |                                    |
| <input type="checkbox"/> 初診時症状<br><input type="checkbox"/> 前回指導時<br>症状 <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 10px; margin-top: 5px;">             ※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。)           </div> |             |              |                                    |
| 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<br>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<br>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<br>不要 ・ 要(特記事項: )                                                                                                                                                                                                                          |             |              |                                    |
| カ その他勤務内容に対する意見<br>( )                                                                                                                                                                                                                                           |             |              |                                    |
| 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。<br>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。<br>年 月 日 所在地                                                                                                                                                                                                                   |             |              |                                    |
| 病院又は 名称                                                                                                                                                                                                                                                          |             |              |                                    |
| 診療所の 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(産業医提出用) &lt; 第 回目 &gt;

|                                                                                                                          |             |              |                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------|------------------------------------|
| 氏 名                                                                                                                      |             | 生年月日         | 年 月 日                              |
| 休業前の<br>職 種                                                                                                              |             | 〔深夜勤<br>有・無〕 | 復帰を希望<br>する職種<br>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 )                                                                                 |             |              |                                    |
| <input type="checkbox"/> 初診時症状<br><input type="checkbox"/> 前回指導時<br>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 )<br>入院 ( 年 月 日 ) ～ ( 年 月 日 )<br>通院 ( 年 月 日 ) ～ ( 年 月 日 ) 1月に 回程度<br>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<br>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<br>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<br>不要 ・ 要(特記事項: )                                                                                  |             |              |                                    |
| カ その他勤務内容に対する意見<br>( )                                                                                                   |             |              |                                    |
| 個々の高年齢労働者の健康や体力の状況を踏まえた日常生活上の留意点                                                                                         |             |              |                                    |

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

所在地

病院又は

名称

診療所の

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。



## 早期社会復帰のための指導項目

氏名

|               |                 |
|---------------|-----------------|
| 発症(負傷)<br>年月日 | 年      月      日 |
| 治癒見込み<br>年月日  | 年      月      日 |

○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】

- ☐ 治癒後、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 \_\_\_\_\_

早期社会復帰及び再発防止のための指導項目（60歳以上被災労働者用）

氏名

|               |       |
|---------------|-------|
| 発症（負傷）<br>年月日 | 年 月 日 |
| 治癒見込み<br>年月日  | 年 月 日 |

○職場（業務）や日常生活において、個々の高年齢労働者の健康や体力の状況を踏まえて  
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られ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）

【個々の高年齢労働者の健康や体力の状況を踏まえた具体的な指導】

- ☐ 自らの身体機能や健康状況を客観的に把握し、健康や体力の維持管理に努めること
- ☐ 事業者が体力チェック等を行う場合には、これに参加し、自身の体力の水準について確認し、気付きを得ること
- ☐ 日ごろから足腰を中心とした柔軟性や筋力を高めるためのストレッチや軽いスクワット運動等を取り入れ、基礎的な体力の維持と生活習慣の改善に取り組むこと
- ☐ 各事業所の目的に応じて実施されているラジオ体操や転倒予防体操等の職場体操に積極的に参加すること
- ☐ 通勤時間や休憩時間に、簡単な運動を小まめに実施し、自ら効果的と考える運動を積極的に取り入れること
- ☐ 適正体重を維持する、栄養バランスの良い食事をとる等、食習慣や食行動の改善に取り組むこと

【その他】

- ☐ 治癒後、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

労働者災害補償保険診療費請求書

[illegible]

※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

住所  
(所在地)

請求人の  
(病院又は診療所)

名称

責任者氏名

労働局長殿  
( 署分)

電話番号 — —

受付印

検査に要した費用等請求書 (指定医療機関用)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

※印の欄は記入しないでください。

|                                                                        |                                                  |                               |                                                                |
|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 帳票種別<br>3 4 7 2 0                                                      | ※修正項目番号<br>□                                     | ① 指定病院等の番号<br>□ □ □ □ □ □ □ □ | ② ※受付年月日<br>年 月 日<br>□ □ □ □ □ □ □ □<br><small>1～9月は左へ</small> |
| ③ 請求金額<br>千 百 十 万 千 百 十 円<br>□ □ □ □ □ □ □ □ □ □<br>金額の頭に¥マークを付けてください。 |                                                  | ④ 内訳書添付枚数<br>枚<br>□ □ □       |                                                                |
| ⑤ 請求年<br>元 年<br>□ □ □ 年<br><small>1～9月は左へ</small>                      | ⑥ 請求月<br>月 分<br>□ □ 月分<br><small>1～9月は左へ</small> | ※修正欄<br>□ □ □ □ □ □ □ □ □ □   |                                                                |

年 月 日付けをもって依頼のあった \_\_\_\_\_

にかかる \_\_\_\_\_ の費用(内訳は別添の診療費請求内訳書

のとおり)を上記のとおり請求します。

年 月 日

郵便番号 \_\_\_\_\_

住 所  
(所在地) \_\_\_\_\_

請求人の 名 称  
(病院又は診療所) \_\_\_\_\_

責任者氏名 \_\_\_\_\_

労働局長殿 電話番号 — —  
( 署分)

受付印

指定病院  
等の番号

病院等  
の名称

|                                                   |                                                                                            |                                                                                          |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| ① 新継再別<br>1 初診<br>3 転院<br>5 離院<br>7 再診            | ② 転院事由<br>1 前病<br>3 転院<br>5 離院<br>7 再診                                                     | ③ 支払額<br>百 十 千 百 十 百<br>④ 増減コード<br>百 十 千 百 十 百<br>⑤ 増減理由<br>⑥ 決定年月日<br>元 年 月 日<br>⑦ 処理区分 |
| ④ 労働保険番号<br>⑤ 生年月日<br>⑥ 傷病年月日<br>⑦ 療養期間<br>⑧ 診療日数 | ⑨ 合計額<br>⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿ | ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿            |

診

療

費

請

求

内

訳

書

(入院用)

|                                                                         |                               |            |                      |
|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|------------|----------------------|
| 労働者の氏名                                                                  | ( 歳 )                         | 傷病の部位及び傷病名 | 傷病の経過                |
| 事業の名称                                                                   |                               |            |                      |
| 事業場の所在地                                                                 | 都府道県 市区市                      |            |                      |
| 診療内容                                                                    | 点数 (点)                        | 診療内容       | 金額                   |
| ⑪ 初診 時間外・休日・深夜                                                          |                               | ⑪ 初 診      | 円                    |
| ⑫ 指導                                                                    |                               | ⑫ その他      | 円                    |
| ⑬ 在宅                                                                    |                               | 小 計        | ⑬ 円                  |
| ⑭ 投薬                                                                    | 単位                            | ⑭ 食事       |                      |
| ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿ | 単位<br>単位<br>単位<br>日<br>日<br>日 | 基準         | 円× 回<br>円× 回<br>円× 日 |
| ⑳ ① 皮下筋肉内<br>② 静 脈 内<br>③ そ の 他                                         | 回<br>回<br>回                   | 食事療養       | 回 円                  |
| ㉑ 処置 薬 剤                                                                | 回                             | 摘 要        |                      |
| ㉒ 手 術 麻 酔 薬 剤                                                           | 回                             |            |                      |
| ㉓ 検 査 薬 剤                                                               | 回                             |            |                      |
| ㉔ 画 像 診 断 薬 剤                                                           | 回                             |            |                      |
| ㉕ その他 薬 剤                                                               |                               |            |                      |
| 入院年月日 年 月 日                                                             |                               |            |                      |
| 病 診 衣 ⑨ 入院基本料・加算                                                        | × 日間<br>× 日間<br>× 日間<br>× 日間  |            |                      |
| ⑩ 特定入院料・その他                                                             |                               |            |                      |
| 小 計                                                                     | 点 ⑪                           |            | 円                    |

（入院外用）

(物品番号 7232) 4.5

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 治癒 7 中止  
3 継続 9 死亡  
5 転医④ 管轄局種別 西暦年 月 日 番号  
年金  
証書の  
番号

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

⑤増減コード及び増減額

⑥増減理由

⑦処理区分

職員記入欄(この欄は記入しないでください)

傷病の経過

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 治癒 7 中止  
3 継続 9 死亡  
5 転医

③支払額

□□□□□□□□

④「管轄局」種別「西暦年」番 号

年金  
証書  
の番号

□□□□□□□□

⑧療養期間

1 明治  
3 大正  
5 昭和  
7 平成  
9 令和

□□□□□□□□

⑩療養費  
⑪合計額  
⑫+⑬

□□□□□□□□

⑬療養費  
⑭合計額  
⑮+⑯

□□□□□□□□

⑮療養費  
⑯合計額  
⑰+⑱

□□□□□□□□

⑰療養費  
⑱合計額  
⑲+⑳

□□□□□□□□

⑲療養費  
⑳合計額  
㉑+㉒

□□□□□□□□

㉑療養費  
㉒合計額  
㉓+㉔

□□□□□□□□

㉓療養費  
㉔合計額  
㉕+㉖

□□□□□□□□

㉕療養費  
㉖合計額  
㉗+㉘

□□□□□□□□

㉗療養費  
㉘合計額  
㉙+㉚

□□□□□□□□

㉙療養費  
㉚合計額  
㉛+㉜

□□□□□□□□

㉛療養費  
㉜合計額  
㉝+㉞

□□□□□□□□

㉝療養費  
㉞合計額  
㉟+㊱

□□□□□□□□

㉟療養費  
㊱合計額  
㊲+㊳

□□□□□□□□

㊲療養費  
㊳合計額  
㊴+㊵

□□□□□□□□

㊴療養費  
㊵合計額  
㊶+㊷

□□□□□□□□

傷病の経過

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

診療内容

⑪ 初診 時間外・休日・深夜

⑫ 外来管理加算

⑬ 時間外

⑭ 休日

⑮ 深夜

⑯ 指導

⑰ 往診

⑱ 夜間

⑲ 緊急・深夜

⑳ 在宅患者訪問診療

㉑ その他

㉒ 薬剤

㉓ ①内服薬剤

㉔ ②外用薬剤

㉕ ③注射薬剤

㉖ ④調剤

㉗ ⑤処方

㉘ ⑥麻薬

㉙ ⑦調基

㉚ ⑧皮下筋肉内

㉛ ⑨静脈内

㉜ ⑩その他

㉝ 処方せん

診療内容

⑪ 初診

⑫ 再診

⑬ 指導

⑭ その他

小計

⑮ 金額

⑯ 摘要

⑰ 往診

⑱ 夜間

⑲ 緊急・深夜

⑳ 在宅患者訪問診療

㉑ その他

㉒ 薬剤

㉓ ①内服薬剤

㉔ ②外用薬剤

㉕ ③注射薬剤

㉖ ④調剤

㉗ ⑤処方

㉘ ⑥麻薬

㉙ ⑦調基

㉚ ⑧皮下筋肉内

㉛ ⑨静脈内

㉜ ⑩その他

㉝ 処方せん

㉞ 合計額

㉟ 金額

㉟ 摘要

㊱ 往診

㊲ 夜間

㊲ 緊急・深夜

㊳ 在宅患者訪問診療

㊴ その他

㊴ 薬剤

㊵ ①内服薬剤

㊶ ②外用薬剤

㊶ ③注射薬剤

㊷ ④調剤

㊸ ⑤処方

㊸ ⑥麻薬

㊹ ⑦調基

㊺ ⑧皮下筋肉内

㊺ ⑨静脈内

㊻ ⑩その他

㊼ 処方せん





※帳票種別  
34590  
①管轄局署  
②業通別  
③保留  
⑥処理区分  
④受付年月日  
※  
⑤労働  
保険  
番号  
②兼業  
⑦支給・不支給決定年月日  
※  
⑧性別  
⑨労働者の生年月日  
⑩負傷又は発病年月日  
②請求  
⑪再発年月日  
※  
⑫労働  
者  
の  
職  
種  
⑬傷災  
⑭三者  
⑮特疾  
⑯特別加入者  
※  
⑰傷病性質(業)  
※  
⑱災害の原因及び発生状況  
(ア)どのような場所で(イ)どのような作業をしているときに(ウ)どのような物又は環境に(エ)どのような不安全な又は有害な  
状態があつて(オ)どのような災害が発生したか(カ)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  
所在地  
㉑傷病の部位及び状態  
㉒の者については、⑩、⑰及び⑱に記載したとおりであることを証明します。  
事業の名称  
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  
(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。  
労働基準監督署長 殿  
病 診 療 院  
薬 所 局  
訪問看護事業者 経由  
請求人の  
住所  
氏 名  
支 不  
支 給  
給 決  
決 定  
決 議  
書  
署 長 副 署 長 課 長 係 長 係  
調査年月日  
復命書番号  
第 号 第 号 第 号 第 号  
決定年月日  
・  
・  
不支給の理由  
(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)

|              |                                   |                                                   |
|--------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------|
| ②その他就業先の有無   |                                   |                                                   |
| 有            | 有の場合のその数<br>(ただし表面の事業場を含まない)<br>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<br>(ただし表面の事業を含まない) |
| 無            |                                   | 労働保険事務組合又は特別加入団体の名称                               |
| 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 ②「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<br>証 明 欄 | 派遣元事業主が証明する事項(表面の⑩、⑬及び⑭)の記載内容について事実と相違ないことを証明します。 |                              |         |
|                 | 年 月 日                                             | 事業の名称                        | 電話( ) — |
|                 |                                                   | 事業場の所在地                      | 〒 —     |
|                 |                                                   | 事業主の氏名                       |         |
|                 |                                                   | (法人その他の団体であるときはその名称及び代表者の氏名) |         |

|                        |                      |     |       |
|------------------------|----------------------|-----|-------|
| 社会保険<br>労 務 士<br>記 載 欄 | 作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示 | 氏 名 | 電話番号  |
|                        |                      |     | ( ) — |

労働者災害補償保険

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

労働基準監督署長 殿

年 月 日

病 院  
診 療 所  
薬 局  
訪問看護事業者

経 由

〒 —

電話( ) —

住 所

届出人の

氏 名

方

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<br>(男・女)<br><br>生年月日 年 月 日 ( 歳 )<br><br>住 所<br><br>職 種 | 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       |
|                                                                                                             |                                                       |     |                |     |                                                              |             |
|                                                                                                             |                                                       |     |                |     |                                                              |             |
| ② 年金証書の番号                                                                                                   |                                                       |     |                |     | 労働者の                                                         | 午 前後 時 分頃   |
| 管轄局                                                                                                         | 種別                                                    | 西暦年 | 番 号            |     |                                                              |             |
|                                                                                                             |                                                       |     |                |     |                                                              |             |
| ⑤ 災害の原因及び発生状況 (あ)どのような場所で(い)どのような作業をしているときに(う)どのような物又は環境に(え)どのような不安全な又は有害な状態があつて(お)どのような災害が発生したかを簡明に記載すること。 |                                                       |     |                |     |                                                              |             |
|                                                                                                             |                                                       |     |                |     |                                                              |             |
|                                                                                                             |                                                       |     |                |     |                                                              |             |
|                                                                                                             |                                                       |     |                |     |                                                              |             |
|                                                                                                             |                                                       |     |                |     |                                                              |             |
| ③の者については、④及び⑤に記載したとおりであることを証明します。                                                                           |                                                       |     |                |     |                                                              |             |
| 事業の名称                                                                                                       |                                                       |     |                |     |                                                              |             |
| 年 月 日 〒 — 電話( ) —                                                                                           |                                                       |     |                |     |                                                              |             |
| 事業場の所在地                                                                                                     |                                                       |     |                |     |                                                              |             |
| 事業主の氏名                                                                                                      |                                                       |     |                |     |                                                              |             |
| (法人その他の団体であるときはその名称及び代表者の氏名)                                                                                |                                                       |     |                |     |                                                              |             |
| ⑥ 指定病院等の変更                                                                                                  | 変更前の                                                  | 名 称 | 〔 労災指定 医 番 号 〕 |     |                                                              |             |
|                                                                                                             |                                                       | 所在地 | 〒 —            |     |                                                              |             |
|                                                                                                             | 変更後の                                                  | 名 称 |                |     |                                                              |             |
|                                                                                                             |                                                       | 所在地 | 〒 —            |     |                                                              |             |
|                                                                                                             | 変 更 理 由                                               |     |                |     |                                                              |             |
|                                                                                                             |                                                       |     |                |     |                                                              |             |
|                                                                                                             |                                                       |     |                |     |                                                              |             |
| ⑦                                                                                                           | 傷病補償年金又は複数事業労働者傷病年金の支給を受けることとなった後に療養の給付を受けようとする指定病院等の | 名 称 |                |     |                                                              |             |
|                                                                                                             |                                                       | 所在地 | 〒 —            |     |                                                              |             |
| ⑧                                                                                                           | 傷 病 名                                                 |     |                |     |                                                              |             |

様式第 6 号(裏面)

| ⑨その他就業先の有無    |                                   |                                                    |
|---------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------|
| 有<br><br>無    | 有の場合のその数<br>(ただし表面の事業場を含まない)<br>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<br>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<br>労務士<br>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         |
|                    |                      |     | (     )<br>— |

第 回

|        |   |   |   |   |  |       |  |  |                  |  |                   |  |  |  |  |  |        |  |                                      |  |                            |  |        |  |  |
|--------|---|---|---|---|--|-------|--|--|------------------|--|-------------------|--|--|--|--|--|--------|--|--------------------------------------|--|----------------------------|--|--------|--|--|
| ※ 帳票種別 |   |   |   |   |  | ①管轄局署 |  |  | ②業通別             |  | ⑧受付年月日<br>元 年 月 日 |  |  |  |  |  | ⑩三者コード |  | ⑪委任未支給                               |  | ⑫特別加入者                     |  | ⑬審査コード |  |  |
| 3      | 4 | 2 | 6 | 0 |  |       |  |  | 1<br>業<br>3<br>通 |  |                   |  |  |  |  |  |        |  | 1<br>自<br>他<br>委<br>任<br>未<br>支<br>給 |  | 1<br>委<br>任<br>未<br>支<br>給 |  |        |  |  |

※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。

|                                                                                                      |         |                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------------|
| ⑨の者については、⑦並びに裏面の(ヌ)及び(ヲ)に記載したとおりであることを証明します。                                                         |         |                    |
| 事業の名称                                                                                                |         | 電話(            ) - |
| 年    月    日                                                                                          | 事業場の所在地 | 〒            -     |
| 事業主の氏名                                                                                               |         |                    |
| (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。 |         |                    |

| 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 |
|-------------------|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|----|---|---|--|---|--|-----|--|----|-------|---|
|                   |       | 年                                                                                                       | 月 | 日 | 年 | 月 | 日 | 年  | 月 | 日 |  |   |  |     |  |    |       |   |
| (ロ)傷病の部位<br>及び傷病名 |       | 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。                                                                 |   |   |   |   |   |    |   |   |  |   |  |     |  |    |       |   |
|                   |       | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>年 月 日</span> <span>〒 -</span> </div> |   |   |   |   |   |    |   |   |  |   |  |     |  |    |       |   |
| (ハ)傷病の経過<br>の概要   |       | 病院又は所在地<br>診療所の名称 電話( ) -<br>診療担当者氏名                                                                    |   |   |   |   |   |    |   |   |  |   |  |     |  |    |       |   |
|                   |       | 年 月 日 治癒(症状固定)・継続中・転医・中止・死亡                                                                             |   |   |   |   |   |    |   |   |  |   |  |     |  |    |       |   |

[illegible][illegible]

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。

記入してください。

〒 \_\_\_\_\_ 電話 ( \_\_\_\_\_ ) - \_\_\_\_\_

年 月 日

住所 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 方)

請求人の氏名 \_\_\_\_\_

労働基準監督署長 殿

様式第7号(1)(裏面)

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

療養の内訳及び金額

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

(注 意)

一、共通の注意事項  
事項を選択する場合、該当する事項を○で囲むこと。  
(ホ)及び(ト)については、その費用についての明細書及び看護移送等をした者の請求書又は領収書を添えること。  
(イ)の期間には、最終の投薬の期間をも記入すること。  
(四)(三) (二)(一) (一)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。  
(四)は、労働者が直接所属する支店、工事現場等を記載すること。  
(三)は、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)は、労働者が直接所属する支店、工事現場等を記載すること。  
(一)は、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  
④は、記載する必要がないこと。  
③、⑥、⑦及び(ヌ)までは記載する必要がないこと。  
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  
③、⑥、⑦及び(ヌ)までは記載する必要がないこと。  
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、⑥「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の二以上の事業の業務を要因とすることが明らかな疾病以外は、療養補償給付のみで請求されることとなること。

⑥その他就業先の有無

|              |                                                                                           |                         |
|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| 有            | 有の場合のその数<br>(ただし表面の事業場を含まない)                                                              | 社                       |
| 無            | 有の場合<br>でいずれ<br>かの事業<br>で特別加<br>入してい<br>る場合の<br>特別加入<br>状況<br>(ただし<br>表面の事<br>業を含ま<br>ない) | 労働保険事務組合又は<br>特別加入団体の名称 |
|              | 加入年月日                                                                                     | 年 月 日                   |
| 労働保険番号(特別加入) |                                                                                           |                         |
|              |                                                                                           |                         |

|           |                                                         |                              |  |
|-----------|---------------------------------------------------------|------------------------------|--|
| 派遣元事業主証明欄 | 派遣元事業主が証明する事項(表面の⑦並びに(ヌ)及び(ヲ))の記載内容について事実と相違ないことを証明します。 |                              |  |
|           | 事業の名称                                                   | 電話( ) —                      |  |
|           | 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<br>労務士<br>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  |
|                    |                      |    | ( ) — |

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 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ア    | イ | ウ | エ | オ | カ | キ | ク | ケ | コ | サ | シ | ス | セ | ソ | タ |
| チ    | ツ | テ | ト | ナ | ニ | ヌ | ネ | ノ | ハ | ヒ | フ | ヘ | ホ | マ | ミ |
| ム    | メ | モ | ヤ | ユ | ヨ | ラ | リ | ル | レ | ロ | ワ | ン |   |   |   |

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

|               |               |            |        |        |        |
|---------------|---------------|------------|--------|--------|--------|
| ⑦平均賃金         | ⑩特別給与の額       | ⑬日数査定      | ⑭特支コード | ⑮委任未支給 | ⑯特別コード |
| 10万 万 千 百 十 円 | 10万 万 千 百 十 円 | 1療2賃3待4患5他 | 1特     | 1委3未   | 1特     |

|                           |         |           |            |
|---------------------------|---------|-----------|------------|
| ②労働保険番号                   | ⑤労働者の性別 | ⑥労働者の生年月日 | ⑦負傷又は発病年月日 |
| 府県   所管   管轄   基幹番号   枝番号 | 1男3女    | 元号 年 月 日  | 元号 年 月 日   |

|                                                         |       |                         |                         |
|---------------------------------------------------------|-------|-------------------------|-------------------------|
| ⑫労働者の住所                                                 | ⑦郵便番号 | ⑬療養のため労働できなかった期間        | ⑭賃金を受けなかった日の日数          |
| 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。 |       | 元号 年 月 日 から 元号 年 月 日 まで | 1〜9日は右へ 1〜9日は右へ 1〜9日は右へ |

|                  |                         |        |          |
|------------------|-------------------------|--------|----------|
| ⑮療養のため労働できなかった期間 | ⑯賃金を受けなかった日の日数          | ⑰預金の種類 | ⑱口座番号    |
| 1明3大5昭7平9令       | 1〜9日は右へ 1〜9日は右へ 1〜9日は右へ | 1普通3当座 | 元号 年 月 日 |

|                              |                                             |          |         |
|------------------------------|---------------------------------------------|----------|---------|
| ⑲振込を希望する金融機関                 | ⑳メイギニン(カタカナ)                                | ㉑金融機関コード | ㉒郵便局コード |
| 銀行・金庫 農協・信用組 本店・本所 出張所 支店・支所 | 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。 |          |         |

|             |                 |                             |                             |
|-------------|-----------------|-----------------------------|-----------------------------|
| ⑳傷病の部位及び傷病名 | ㉑療養の期間          | ㉒療養の現況                      | ㉓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 | 年 月 日 治療(症状固定)・死亡・転医・中止・継続中 | 年 月 日から 年 月 日まで             |

|                                                         |                                     |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| ⑫の者については、⑦、⑬、⑯、⑰から⑳まで(㉑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。 | ⑫の者については、⑧から㉑までに記載したとおりであることを証明します。 |
| 年 月 日                                                   | 年 月 日                               |

|                                                         |                                     |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| ⑫の者については、⑦、⑬、⑯、⑰から⑳まで(㉑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。 | ⑫の者については、⑧から㉑までに記載したとおりであることを証明します。 |
| 年 月 日                                                   | 年 月 日                               |

|                                                         |                                     |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| ⑫の者については、⑦、⑬、⑯、⑰から⑳まで(㉑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。 | ⑫の者については、⑧から㉑までに記載したとおりであることを証明します。 |
| 年 月 日                                                   | 年 月 日                               |

※印の欄は記入しないでください。  
(職員が記入します。)

◎裏面の注意事項を読んでから記入してください。

折り曲げる場合には、(▲)の所を谷に折りさらに2つ折りにしてください。

(注意) 一、二、三、記入枠の部分は、必ず黒のボールペンを使用し、様式右上に記載された「標準字体」にならって、枠からはみださないように大きめのカタカナ及びアラビア数字で明瞭に記載してください。  
二、記載すべき事項のない欄又は記入枠は、空欄のままとし、事項を選択する場合に該事項を○で囲んでください。(ただし、⑤及び⑧欄並びに⑥⑦及び⑩欄の元号については該元号を記入枠に記入してください。)  
三、□□□□で表示された枠(以下、記入枠という。)に記入する文字は、光学的文字読取装置(OCR)で直接読取りを行うので、汚したり、穴をあけたり、必要以上に強く折り曲げたり、のりづけたりしないでください。

上記により休業補償給付又は複数事業労働者休業給付の支給を請求します。

|       |    |    |
|-------|----|----|
| 年 月 日 | 住所 | 氏名 |
|       |    |    |

〔注 意〕

[illegible]

一、所定労働時間後に負傷した場合には、⑭及び⑯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、⑳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、㉔欄の「賃金を受けなかった日」のうち業務上の負傷又は疾病による療養のため所定労働時間のうちその一部分に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、㉙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、㉙欄)には、その者の給付基礎日額を記載してください。

(一)⑦、⑱、㉓、㉕及び㉗欄の事項を証明することができる書類その他の資料を添付してください。

(三)事業主の証明は受ける必要はありません。

|                                                                               |                             |  |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--|
| ③9その他就業先の有無                                                                   |                             |  |
| 有                                                                             | 有の場合その数<br>(ただし表面の事業場を含まない) |  |
| 無                                                                             | 社                           |  |
| 有の場合で<br>いずれかの<br>事業で特別<br>加入してい<br>る場合の特<br>別加入状況<br>(ただし表<br>面の事業を<br>含まない) | 労働保険事務組合又は<br>特別加入団体の名称     |  |
|                                                                               | 加入年月日<br><br>年 月 日          |  |
|                                                                               | 給付基礎日額<br><br>円             |  |
| 労働保険番号(特別加入)                                                                  |                             |  |

|                    |                      |     |         |
|--------------------|----------------------|-----|---------|
| 社会保険<br>労務士<br>記載欄 | 作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示 | 氏 名 | 電 話 番 号 |
|                    |                      |     | ( ) —   |

|        |      |      |     |    |  |       |
|--------|------|------|-----|----|--|-------|
| 労働保険番号 |      |      |     | 氏名 |  | 災害発生日 |
| 府県     | 所管管轄 | 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                     | 賃金計算期間                         |                    | 月 月 日から 日まで | 月 月 日から 日まで                                           | 月 月 日から 日まで | 計           |             |
|                                                                                                                                                                          |                                  | 総 日 数                          |                    | 日           | 日                                                     | 日           | (イ) 日       |             |
|                                                                                                                                                                          |                                  | 賃金                             | 基本賃金               |             | 円                                                     | 円           | 円           | 円           |
|                                                                                                                                                                          |                                  |                                | 手 当                |             |                                                       |             |             |             |
|                                                                                                                                                                          |                                  |                                | 手 当                |             |                                                       |             |             |             |
|                                                                                                                                                                          |                                  |                                | 計                  |             | 円                                                     | 円           | 円           | (ロ) 円       |
|                                                                                                                                                                          |                                  | B                              | 日他の請負制は時間又は出来高払制その | 賃金計算期間      |                                                       | 月 月 日から 日まで | 月 月 日から 日まで | 月 月 日から 日まで |
| 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 (イ)                                                                                                                                                 |                                  |                                |                    |             |                                                       |             |             |             |
| Bの(ニ) 円÷労働日数(ハ) × $\frac{60}{100}$ = 円 銭 (ロ)                                                                                                                             |                                  |                                |                    |             |                                                       |             |             |             |
| (イ) 円 銭+(ロ) 円 銭 = 円 銭 (最低保障平均賃金)                                                                                                                                         |                                  |                                |                    |             |                                                       |             |             |             |
| 日日雇い入れられる者の平均賃金(昭和38年労働省告示第52号による。)                                                                                                                                      | 第1号又は第2号の場合                      | 賃金計算期間                         | (イ) 労働日数又は労働総日数    | (ロ) 賃金総額    | 平均賃金 $(\text{ロ} \div \text{イ}) \times \frac{73}{100}$ |             |             |             |
|                                                                                                                                                                          |                                  | 月 月 日から 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<br>都道府県労働局長が定めた金額 円 |                    |             |                                                       |             |             |             |
| 漁業及び林業労働者の平均賃金(昭和24年労働省告示第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<br>(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))<br>( 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<br>及びその期間中の賃金の内訳     |      |                |                |                |       |
| 賃金計算期間                                     |      | 月 日から<br>月 日まで | 月 日から<br>月 日まで | 月 日から<br>月 日まで | 計     |
| 業務外の傷病の療養等のため<br>休業した期間の日数                 |      | 日              | 日              | 日              | (㊦) 日 |
| 休業<br>業務外<br>の傷病<br>期間中<br>の療養<br>等のた<br>め | 基本賃金 | 円              | 円              | 円              | 円     |
|                                            | 手当   |                |                |                |       |
|                                            | 手当   |                |                |                |       |
|                                            |      |                |                |                |       |
|                                            |      |                |                |                |       |
|                                            | 計    | 円              | 円              | 円              | (㊧) 円 |
| 休業の事由                                      |      |                |                |                |       |

|                                 |           |       |
|---------------------------------|-----------|-------|
| ③<br>特<br>別<br>給<br>与<br>の<br>額 | 支 払 年 月 日 | 支 払 額 |
|                                 | 年 月 日     | 円     |
|                                 | 年 月 日     | 円     |
|                                 | 年 月 日     | 円     |
|                                 | 年 月 日     | 円     |
|                                 | 年 月 日     | 円     |
|                                 | 年 月 日     | 円     |
|                                 | 年 月 日     | 円     |

## [注 意]

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

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

様式第8号 (別紙2)

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

|                                                 |       |              |     |
|-------------------------------------------------|-------|--------------|-----|
| ① 療養のため労働できなかった期間                               |       |              |     |
| _____年_____月_____日から_____年_____月_____日まで_____日間 |       |              |     |
| ② ①のうち賃金を受けなかった日の日数 _____日                      |       |              |     |
| ③ ②の日数の内訳                                       |       | 全部休業日 _____日 |     |
|                                                 |       | 一部休業日 _____日 |     |
| ④ 一部休業日の年月日及び当該労働者に対し支払われる賃金の額                  | 年 月 日 | 賃 金 の 額      | 備 考 |
|                                                 | 年 月 日 | 円            |     |
|                                                 |       |              |     |
|                                                 |       |              |     |
|                                                 |       |              |     |
|                                                 |       |              |     |
|                                                 |       |              |     |
|                                                 |       |              |     |
|                                                 |       |              |     |
|                                                 |       |              |     |
|                                                 |       |              |     |

〔注意〕

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

複数事業労働者用

① 労働保険番号(請求書に記載した事業場以外の就労先労働保険番号)

|      |    |    |      |  |  |  |     |  |  |  |  |
|------|----|----|------|--|--|--|-----|--|--|--|--|
| 都道府県 | 所掌 | 管轄 | 基幹番号 |  |  |  | 枝番号 |  |  |  |  |
|      |    |    |      |  |  |  |     |  |  |  |  |

② 労働者の氏名・性別・生年月日・住所

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

③ 平均賃金(内訳は別紙1のとおり)

|   |   |
|---|---|
| 円 | 銭 |
|---|---|

④ 雇入期間

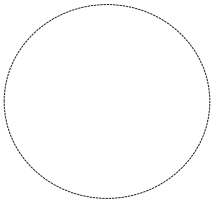
|            |   |   |   |    |   |   |   |    |
|------------|---|---|---|----|---|---|---|----|
| (昭和・平成・令和) | 年 | 月 | 日 | から | 年 | 月 | 日 | まで |
|------------|---|---|---|----|---|---|---|----|

⑤ 療養のため労働できなかった期間

|                           |   |   |   |    |   |   |   |    |  |       |
|---------------------------|---|---|---|----|---|---|---|----|--|-------|
| 令和                        | 年 | 月 | 日 | から | 年 | 月 | 日 | まで |  | 日間のうち |
| ⑥ 賃金を受けなかった日数(内訳は別紙2のとおり) |   |   |   |    |   |   |   |    |  | 日     |

⑦ 厚生年金保険等の受給関係

|                          |                 |                |          |   |   |
|--------------------------|-----------------|----------------|----------|---|---|
| (イ)基礎年金番号                | (ロ)被保険者資格の取得年月日 |                | 年        | 月 | 日 |
| (ハ)当該傷病に関して支給される年金の種類等   |                 |                |          |   |   |
| 年金の種類                    | 厚生年金保険法の        | イ 障害年金         | ロ 障害厚生年金 |   |   |
|                          | 国民年金法の          | ハ 障害年金         | ニ 障害基礎年金 |   |   |
|                          | 船員保険法の          | ホ 障害年金         |          |   |   |
| 障害等級                     | 級               | 支給されることとなった年月日 | 年        | 月 | 日 |
| 基礎年金番号及び厚生年金等の年金証書の年金コード |                 |                |          |   |   |
| 所轄年金事務所等                 |                 |                |          |   |   |



労働基準監督署長 殿

上記②の者について、③から⑦までに記載されたとおりであることを証明します。

年 月 日

事業の名称

電話( ) —

事業場の所在地

事業主の氏名

|                        |                      |     |       |
|------------------------|----------------------|-----|-------|
| 社会保険<br>労 務 士<br>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  |
|                        |                      |     | ( ) — |

業務災害用  
複数業務要因災害用

労働者災害補償保険

障害者補償給付金支給請求書  
労働者災害補償特別一  
障害者補償給付金  
支給申請書

|                                                                                                            |     |     |         |  |     |  |       |           |                     |           |  |               |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|---------|--|-----|--|-------|-----------|---------------------|-----------|--|---------------|--|
| ① 労働保険番号                                                                                                   |     |     |         |  |     |  |       | フリガナ      |                     |           |  | ④ 負傷又は発病年月日   |  |
| 府 県                                                                                                        | 所 掌 | 管 轄 | 基 幹 番 号 |  |     |  | 枝 番 号 | ③<br>労働者の | 氏 名                 | (男・女)     |  | 年 月 日         |  |
|                                                                                                            |     |     |         |  |     |  |       |           | 生 年 月 日             | 年 月 日( 歳) |  | 午 前後 時 分頃     |  |
|                                                                                                            |     |     |         |  |     |  |       |           | フリガナ                |           |  |               |  |
|                                                                                                            |     |     |         |  |     |  |       |           | 住 所                 |           |  |               |  |
| ② 年金証書の番号                                                                                                  |     |     |         |  |     |  |       |           | 職 種                 |           |  | ⑤ 治癒(症状固定)年月日 |  |
| 管 轄 局                                                                                                      | 種 別 |     | 西 暦 年   |  | 番 号 |  |       |           | 所 属 事 業 場<br>名称・所在地 |           |  | 年 月 日         |  |
|                                                                                                            |     |     |         |  |     |  |       |           |                     | 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 |     |     |         |  |     |  |       |           |                     |           |  | 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  | ① 厚年等の年金証書の基礎年金番号・年金コード           |                       |  |  |  |  |  |  |  |                                              |  | ⑩ 被保険者資格の取得年月日 | 年 月 日 |                      |
|                 | ⑧ 当該傷病に<br>関する<br>支給される<br>年金の種類等 | 年 金 の 種 類             |  |  |  |  |  |  |  | 厚生年金保険法のイ、障害年金<br>国民年金法のイ、障害年金<br>船員保険法の障害年金 |  |                |       | 口、障害厚生年金<br>口、障害基礎年金 |
|                 |                                   | 障 害 等 級               |  |  |  |  |  |  |  | 級                                            |  |                |       |                      |
|                 |                                   | 支 給 さ れ る 年 金 の 額     |  |  |  |  |  |  |  | 円                                            |  |                |       |                      |
|                 |                                   | 支給されることとなった年月日        |  |  |  |  |  |  |  | 年 月 日                                        |  |                |       |                      |
|                 |                                   | 厚年等の年金証書の基礎年金番号・年金コード |  |  |  |  |  |  |  |                                              |  |                |       |                      |
| 所 轄 年 金 事 務 所 等 |                                   |                       |  |  |  |  |  |  |  |                                              |  |                |       |                      |

③の者については、④、⑥から⑧まで並びに⑨の①及び⑩に記載したとおりであることを証明します。

|         |                               |
|---------|-------------------------------|
| 事業の名称   | 電話( )                         |
| 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①及び⑩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                                                    | (診断書のとおりに)               | 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<br><br>(登録している公利金受取口座を<br>用します:□) | 金融機関<br>(郵便貯金銀行の支店等を除く。) | 名 称                   | ※ 金融機関店舗コード           |     |  |  |  |  |  |  |
|                                                                |                          | 銀行・金庫<br>農協・漁協・信組     | 本店・本所<br>出張所<br>支店・支所 |     |  |  |  |  |  |  |
|                                                                | 預金通帳の記号番号                | 普通・当座                 | 第                     | 号   |  |  |  |  |  |  |
|                                                                | 郵便貯金銀行の支店等又は郵便局          | フリガナ                  | ※ 郵便局コード              |     |  |  |  |  |  |  |
|                                                                |                          | 名 称                   |                       |     |  |  |  |  |  |  |
|                                                                |                          | 所 在 地                 | 都道府県                  | 市郡区 |  |  |  |  |  |  |
|                                                                | 預金通帳の記号番号                | 第                     | 号                     |     |  |  |  |  |  |  |

上記により ⑬の支給を請求します。

⑬の支給を申請します。

請求人 申請人 の 住所

氏名

☐本件手続を裏面に記載の社会保険労務士に委託します。

|      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

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

## 様式第10号(裏面)

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

## 〔注意〕

- ※印欄には記載しないこと。
- 事項を選択する場合には該当する事項を○で囲むこと。
- 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。
- 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。 )。
- 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。 )。
- 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、④及び⑥には記載する必要がないこと。
  - 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。
  - 事業主の証明を受ける必要がないこと。
- 請求人(申請人)が特別加入者であるときは、
  - ⑦には、その者の給付基礎日額を記載すること。
  - ⑧は記載する必要がないこと。
  - 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。
  - 事業主の証明を受ける必要がないこと。
- ⑬については、障害補償年金、複数事業労働者障害年金又は障害特別年金の支給を受けることとなる場合において、障害補償年金、複数事業労働者障害年金又は障害特別年金の払渡しを金融機関(郵便貯金銀行の支店等を除く。)から受けることを希望する者にあつては「金融機関(郵便貯金銀行の支店等を除く。)」欄に、障害補償年金、複数事業労働者障害年金又は障害特別年金の払渡しを郵便貯金銀行の支店等又は郵便局から受けることを希望する者にあつては「郵便貯金銀行の支店等又は郵便局」欄に、それぞれ記載すること。  
なお、郵便貯金銀行の支店等又は郵便局から払渡しを受けることを希望する場合であつて振込によらないときは、「預金通帳の記号番号」の欄は記載する必要はないこと。  
また、年金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「登録している公金受取口座を利用します：□」の□にレ点を記入すること。その際、口座情報の記載や通帳の写しの添付等は必要がないこと。
- 「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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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<br>労 務 士<br>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          |
|                        |                      |     | (      )<br>— |

労働者災害補償保険診断書

障害(補償)等給付請求用

[illegible]



※ 帳 票 種 別  
34590  
①管轄局署  
②業通別  
3  
③保留  
④受付年月日  
⑤労働  
保険  
番号  
⑥処理区分  
⑦支給・不支給決定年月日  
⑧性別  
⑨労働者の生年月日  
⑩負傷又は発病年月日  
⑪再発年月日  
⑫三者  
⑬特疾  
⑭特別加入者  
⑮労働者の氏名  
⑯郵便番号  
フリガナ  
住所  
職種  
⑰第三者行為災害  
⑱通勤災害に関する事項  
⑲指定病院等の  
所在地  
⑳傷病の部位及び状態  
㉑折曲げる場合には(㉒)の所を谷に折りさらに2つ折りにしてください。

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。)

労働基準監督署長 殿  
療養給付決定協議書  
請求人の  
氏名  
住所  
電話番号  
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

|                                                                                                                                                   |                  |                                                              |                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| (イ) 災害時の通勤の種別<br>(該当する記号を記入)                                                                                                                      |                  | イ. 住居から就業の場所への移動<br>ハ. 就業の場所から他の就業の場所への移動<br>ニ. イに先行する住居間の移動 | ロ. 就業の場所から住居への移動<br>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<br>(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<br>(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<br>(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<br>(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<br>(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<br>(あ) どのような場所を<br>(い) どのような方法で移動している際に<br>(う) どのような物で又はどのような状況において<br>(え) どのようにして災害が発生したか<br>(お) ⑩との初診日が異なる場合はその理由を簡明に<br>記載すること |                  |                                                              |                                     |
| (ル) 現 認 者 の 住 所<br>氏 名                                                                                                                            | 電話( ) —          |                                                              |                                     |
| (ヲ) 転 任 の 事 実 の 有 無<br>(災害時の通勤の種別がニ又はホに該当する場合)                                                                                                    | 有 ・ 無            | (ワ) 転任直前の住居に係る住所                                             |                                     |

|                        |                                                                       |
|------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| ⑩健康保険日雇特例被保険者手帳の記号及び番号 |                                                                       |
| ⑫その他就業先の有無             |                                                                       |
| 有                      | 有の場合のその数<br>(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)<br>労働保険事務組合又は特別加入団体の名称 |
| 社                      |                                                                       |
| 労働保険番号 (特別加入)          |                                                                       |
| 加入年月日                  |                                                                       |
| 年 月 日                  |                                                                       |

[項目記入に当たっての注意事項]

- 記入すべき事項のない欄又は記入枠は空欄のままとし、事項を選択する場合には当該事項を○で囲んでください。(ただし、⑧欄並びに⑨及び⑩欄の元号については該当番号を記入枠に記入してください。)
- 傷病年金の受給権者が当該傷病にかかる療養の給付を請求する場合には、⑤労働保険番号欄に左詰で年金証書番号を記入してください。また、⑨及び⑩は記入しないでください。
- ⑧は、請求人が健康保険の日雇特例被保険者でない場合には記載する必要はありません。
- (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、

|   |
|---|
| ㄣ |
|---|

 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<br>証 明 欄              | 派遣元事業主が証明する事項(表面の⑩並びに(ロ)、(ハ)、(ニ)、(ホ)、(ト)、(チ)、(リ)(通常の通勤の経路及び方法に限る。)及び(ヲ))の記載内容について事実と相違ないことを証明します。 |         |
|                              | 事業の名称                                                                                             | 電話( ) — |
|                              | 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<br>労 務 士<br>記 載 欄 | 作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示 | 氏 名 | 電 話 番 号 |
|                        |                      |     | ( ) —   |

療養給付たる療養の給付を受ける指定病院等 (変更) 届

労働基準監督署長 殿

年 月 日

病 院  
診 療 所  
薬 局  
訪問看護事業者

経 由

〒 -  
電話 ( ) -

住 所

届出人の 方

氏 名

下記により療養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<br>(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<br><br>午 前 時 分頃<br>午 後 |  |                        |             |  |
|                                                                                                 |             |     |              |  |  |  |     |                              |  |                        |             |  |
|                                                                                                 |             |     |              |  |  |  |     |                              |  |                        |             |  |
| ② 年金証書の番号                                                                                       |             |     |              |  |  |  |     |                              |  | 労働者の<br>住 所<br><br>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。                                                                  |             |     |              |  |  |  |     |                              |  |                        |             |  |
| 事業の名称<br>年 月 日 〒 - 電話 ( ) -                                                                     |             |     |              |  |  |  |     |                              |  |                        |             |  |
| 事業場の所在地                                                                                         |             |     |              |  |  |  |     |                              |  |                        |             |  |
| 事業主の氏名<br>(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         |     | 〒 -          |  |  |  |     |                              |  |                        |             |  |
| 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                                                        | 変 更 理 由     |     |              |  |  |  |     |                              |  |                        |             |  |
|                                                                                                 |             |     |              |  |  |  |     |                              |  |                        |             |  |
|                                                                                                 |             |     |              |  |  |  |     |                              |  |                        |             |  |
|                                                                                                 |             |     |              |  |  |  |     |                              |  |                        |             |  |
| ⑧ 傷 病 名                                                                                         | 名 称         |     |              |  |  |  |     |                              |  |                        |             |  |
|                                                                                                 | 所在地         |     | 〒 -          |  |  |  |     |                              |  |                        |             |  |

様式第16号の4(裏面)

| ⑨その他就業先の有無   |                              |                                                   |
|--------------|------------------------------|---------------------------------------------------|
| 有<br><br>無   | 有の場合のその数<br>(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<br>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〕

- 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。
- 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、④及び⑤は記載する必要がないこと。
  - 事業主の証明は受ける必要がないこと。
- 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<br>労務士<br>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  |
|                    |                      |     | ( )<br>— |

| ※ 帳票種別 |   |   |   |   | ① 管轄局署 |  |  | ② 業通別 |          | ⑧ 受付年月日 |   |   |   | ⑩ 三者コード |                   | ⑪ 委任未支給 |                       | ⑫ 特別加入者 |  | ⑬ 審査コード |  |
|--------|---|---|---|---|--------|--|--|-------|----------|---------|---|---|---|---------|-------------------|---------|-----------------------|---------|--|---------|--|
| 3      | 4 | 2 | 6 | 0 |        |  |  | 3     | 1業<br>3通 | 元       | 年 | 月 | 日 |         | 1 自<br>3 労<br>5 他 |         | 1 委任<br>3 未支給<br>5 委未 |         |  |         |  |
| 3      | 4 | 2 | 6 | 0 |        |  |  | 3     | 1業<br>3通 |         |   |   |   |         | 1 自<br>3 労<br>5 他 |         | 1 委任<br>3 未支給<br>5 委未 |         |  |         |  |

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。

労働基準監督署長 殿

115

( 注 意 )

| 診 療 内 容 |                  |                                                                               |                 | 点数(点) | 診療内容        | 金 額 | 摘 要                                                                                                                                                                                                                                                    |  |   |                  |  |  |   |  |                                                                               |                 |
|---------|------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------|-------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---|------------------|--|--|---|--|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| 初 診     | 時間外・休日・深夜        |                                                                               |                 |       | 初診          | 円   |                                                                                                                                                                                                                                                        |  |   |                  |  |  |   |  |                                                                               |                 |
| 再 診     | 外来診療料            | ×                                                                             | 回               |       | 再診          | 円   |                                                                                                                                                                                                                                                        |  |   |                  |  |  |   |  |                                                                               |                 |
|         | 継続管理加算           | ×                                                                             | 回               |       | 指導          | 円   |                                                                                                                                                                                                                                                        |  |   |                  |  |  |   |  |                                                                               |                 |
|         | 外来管理加算           | ×                                                                             | 回               |       | その他         | 円   |                                                                                                                                                                                                                                                        |  |   |                  |  |  |   |  |                                                                               |                 |
|         | 時間外              | ×                                                                             | 回               |       |             |     |                                                                                                                                                                                                                                                        |  |   |                  |  |  |   |  |                                                                               |                 |
|         | 休日               | ×                                                                             | 回               |       |             |     |                                                                                                                                                                                                                                                        |  |   |                  |  |  |   |  |                                                                               |                 |
| 深夜      | ×                | 回                                                                             |                 |       |             |     |                                                                                                                                                                                                                                                        |  |   |                  |  |  |   |  |                                                                               |                 |
| 指 導     |                  |                                                                               |                 |       | 食事(基準 )     | 円   |                                                                                                                                                                                                                                                        |  |   |                  |  |  |   |  |                                                                               |                 |
| 在 宅     | 往診               |                                                                               | 回               |       | 円× 日間       | 円   |                                                                                                                                                                                                                                                        |  |   |                  |  |  |   |  |                                                                               |                 |
|         | 夜間               |                                                                               | 回               |       | 円× 日間       | 円   |                                                                                                                                                                                                                                                        |  |   |                  |  |  |   |  |                                                                               |                 |
|         | 緊急・深夜            |                                                                               | 回               |       | 円× 日間       | 円   |                                                                                                                                                                                                                                                        |  |   |                  |  |  |   |  |                                                                               |                 |
|         | 在宅患者訪問診療         |                                                                               | 回               |       | 小 計         | 円   |                                                                                                                                                                                                                                                        |  |   |                  |  |  |   |  |                                                                               |                 |
|         | その他              |                                                                               |                 |       | ②           |     |                                                                                                                                                                                                                                                        |  |   |                  |  |  |   |  |                                                                               |                 |
|         | 薬剤               |                                                                               | 回               |       | 摘 要         |     |                                                                                                                                                                                                                                                        |  |   |                  |  |  |   |  |                                                                               |                 |
| 投 薬     | 内服 薬剤            |                                                                               | 単位 回            |       |             |     |                                                                                                                                                                                                                                                        |  |   |                  |  |  |   |  |                                                                               |                 |
|         | 調剤               | ×                                                                             | 回               |       |             |     |                                                                                                                                                                                                                                                        |  |   |                  |  |  |   |  |                                                                               |                 |
|         | 屯服 薬剤            |                                                                               | 単位 回            |       |             |     |                                                                                                                                                                                                                                                        |  |   |                  |  |  |   |  |                                                                               |                 |
|         | 外用 薬剤            |                                                                               | 単位 回            |       |             |     |                                                                                                                                                                                                                                                        |  |   |                  |  |  |   |  |                                                                               |                 |
|         | 処方 調剤            | ×                                                                             | 回               |       |             |     |                                                                                                                                                                                                                                                        |  |   |                  |  |  |   |  |                                                                               |                 |
|         | 麻毒               | ×                                                                             | 回               |       |             |     |                                                                                                                                                                                                                                                        |  |   |                  |  |  |   |  |                                                                               |                 |
|         | 調基               |                                                                               | 回               |       |             |     |                                                                                                                                                                                                                                                        |  |   |                  |  |  |   |  |                                                                               |                 |
| 注 射     | 皮下筋肉内            |                                                                               | 回               |       |             |     |                                                                                                                                                                                                                                                        |  |   |                  |  |  |   |  |                                                                               |                 |
|         | 静脈内              |                                                                               | 回               |       |             |     |                                                                                                                                                                                                                                                        |  |   |                  |  |  |   |  |                                                                               |                 |
|         | その他              |                                                                               | 回               |       |             |     |                                                                                                                                                                                                                                                        |  |   |                  |  |  |   |  |                                                                               |                 |
| 処 置     |                  |                                                                               | 回               |       |             |     |                                                                                                                                                                                                                                                        |  |   |                  |  |  |   |  |                                                                               |                 |
|         | 薬剤               |                                                                               |                 |       |             |     |                                                                                                                                                                                                                                                        |  |   |                  |  |  |   |  |                                                                               |                 |
| 手 術     |                  |                                                                               | 回               |       |             |     |                                                                                                                                                                                                                                                        |  |   |                  |  |  |   |  |                                                                               |                 |
|         | 薬剤               |                                                                               |                 |       |             |     |                                                                                                                                                                                                                                                        |  |   |                  |  |  |   |  |                                                                               |                 |
| 麻 酔     |                  |                                                                               |                 |       |             |     |                                                                                                                                                                                                                                                        |  |   |                  |  |  |   |  |                                                                               |                 |
| 検 査     | 薬剤               |                                                                               | 回               |       |             |     |                                                                                                                                                                                                                                                        |  |   |                  |  |  |   |  |                                                                               |                 |
| 画 像     |                  |                                                                               | 回               |       |             |     |                                                                                                                                                                                                                                                        |  |   |                  |  |  |   |  |                                                                               |                 |
| 断 診     | 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                                                                            |                 |       |             |     |                                                                                                                                                                                                                                                        |  |   |                  |  |  |   |  |                                                                               |                 |
|         | 特定入院料・その他        |                                                                               |                 |       |             |     |                                                                                                                                                                                                                                                        |  |   |                  |  |  |   |  |                                                                               |                 |
| 小 計     | 点 ①              |                                                                               |                 | 円     | 合計金額<br>①+② | 円   | <div>②その他の</div> <table><tr><td>有</td><td>有の場合のそ<br/>(ただし表面</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>無</td><td></td><td>有の場合で<br/>いずれかの<br/>事業で特別<br/>加入してい<br/>る場合の特<br/>別加入状況<br/>(ただし表<br/>面の事業を<br/>含まない)</td><td>労働保<br/>体の<br/>加入</td></tr></table> |  | 有 | 有の場合のそ<br>(ただし表面 |  |  | 無 |  | 有の場合で<br>いずれかの<br>事業で特別<br>加入してい<br>る場合の特<br>別加入状況<br>(ただし表<br>面の事業を<br>含まない) | 労働保<br>体の<br>加入 |
| 有       | 有の場合のそ<br>(ただし表面 |                                                                               |                 |       |             |     |                                                                                                                                                                                                                                                        |  |   |                  |  |  |   |  |                                                                               |                 |
| 無       |                  | 有の場合で<br>いずれかの<br>事業で特別<br>加入してい<br>る場合の特<br>別加入状況<br>(ただし表<br>面の事業を<br>含まない) | 労働保<br>体の<br>加入 |       |             |     |                                                                                                                                                                                                                                                        |  |   |                  |  |  |   |  |                                                                               |                 |
|         |                  |                                                                               |                 |       |             |     | 労働保険                                                                                                                                                                                                                                                   |  |   |                  |  |  |   |  |                                                                               |                 |

二、共通の注意事項  
事項を選択する場合には、該当する事項を○で囲むこと。  
(ホ、ヘ及びト)についてはその費用についての明細書及び看護移送等をした者の請求書又は領収書を添えること。  
(イ)の期間には、最終の投棄の期間をも算入すること。  
(ヌ)は、労働者の直接所属する事業場が一括適用の取扱いを受けている場合に、労働者が直接所属する支店、工事現場等を記載すること。  
(ヲ)は、請求人が健康保険の日雇特別被保険者でない場合には、記載する必要があること。  
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  
④は記載する必要があること。  
第二回以後の請求の場合には、(ル)から(ニ)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。

| ②その他就業先の有無                                                                    |                              |   |
|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|---|
| 有<br>無                                                                        | 有の場合のその数<br>(ただし表面の事業場を含まない) |   |
|                                                                               |                              | 社 |
| 有の場合で<br>いずれかの<br>事業で特別<br>加入してい<br>る場合の特<br>別加入状況<br>(ただし表<br>面の事業を<br>含まない) | 労働保険事務組合又は特別加入団<br>体の名称      |   |
|                                                                               | 加入年月日<br><br>年 月 日           |   |
| 労働保険番号 (特別加入)                                                                 |                              |   |

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)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<br>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<br>電話( ) ー |
|                 |                                                                                                   | 事業場の所在地<br>〒 ー   |
|                 |                                                                                                   | 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<br>労 務 士<br>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         |
|                        | 116                  |     | (      )      — |

## 通勤災害用

労働者災害補償保険

休業給付支給請求書

第 回

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 |
| ネ  | ノ | ハ | ヒ | フ | ヘ | ホ | マ | ミ | ム | メ | モ | ヤ | ユ | ヨ | ラ |
| リ  | ル | レ | ロ | ワ | ン |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

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

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

|         |         |           |            |
|---------|---------|-----------|------------|
| ②労働保険番号 | ⑤労働者の性別 | ⑥労働者の生年月日 | ⑦負傷又は発病年月日 |
|         | 1男3女    | 元 年 月 日   | 元 年 月 日    |

|       |       |
|-------|-------|
| ⑫労働者名 | ⑦郵便番号 |
|       |       |

|                    |                           |
|--------------------|---------------------------|
| ⑬療養のため労働できなかった期間   | ⑭賃金を受けなかった日数 (内訳別紙2のとおり。) |
| 元 年 月 日 から 元 年 月 日 | 元 年 月 日 から 元 年 月 日        |

|                                                        |        |                                                            |
|--------------------------------------------------------|--------|------------------------------------------------------------|
| ⑮下の欄、⑮、⑯、⑰及び⑱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。 | ⑲預金の種類 | ⑳口座番号 (左詰め。ゆうちょ銀行の場合は、記号 (5桁) は左詰め、番号は右詰めで記入し、空欄には「0」を記入。) |
|                                                        | 1普通3当座 |                                                            |

|         |                                                             |
|---------|-------------------------------------------------------------|
| ②③新規・変更 | ⑤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。 |
|         |                                                             |

|                                            |                                             |
|--------------------------------------------|---------------------------------------------|
| ④⑥⑧⑩⑫⑭⑮⑯⑰⑱⑲⑳㉑㉒㉓㉔㉕㉖㉗㉘㉙㉚㉛㉜㉝㉞㉟㊱㊲㊳㊴㊵㊶㊷㊸㊹㊺㊻㊼㊽㊾㊿ | ②④⑥⑧⑩⑫⑭⑮⑯⑰⑱⑲⑳㉑㉒㉓㉔㉕㉖㉗㉘㉙㉚㉛㉜㉝㉞㉟㊱㊲㊳㊴㊵㊶㊷㊸㊹㊺㊻㊼㊽㊾㊿ |
|--------------------------------------------|---------------------------------------------|

⑫の者については、⑦、⑨、⑪、⑫、⑬から⑳まで、㉑、㉒、㉓、㉔、㉕、㉖、㉗、㉘、㉙、㉚、㉛、㉜、㉝、㉞、㉟、㊱、㊲、㊳、㊴、㊵、㊶、㊷、㊸、㊹、㊺、㊻、㊼、㊽、㊾、㊿ (通常の通勤の経路及び方法に限る。)、㉑、㉒、㉓、㉔、㉕、㉖、㉗、㉘、㉙、㉚、㉛、㉜、㉝、㉞、㉟、㊱、㊲、㊳、㊴、㊵、㊶、㊷、㊸、㊹、㊺、㊻、㊼、㊽、㊾、㊿ (50のハ)を除く。)

|                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ⑫の者については、⑦、⑨、⑪、⑫、⑬から⑳まで、㉑、㉒、㉓、㉔、㉕、㉖、㉗、㉘、㉙、㉚、㉛、㉜、㉝、㉞、㉟、㊱、㊲、㊳、㊴、㊵、㊶、㊷、㊸、㊹、㊺、㊻、㊼、㊽、㊾、㊿ (通常の通勤の経路及び方法に限る。)、㉑、㉒、㉓、㉔、㉕、㉖、㉗、㉘、㉙、㉚、㉛、㉜、㉝、㉞、㉟、㊱、㊲、㊳、㊴、㊵、㊶、㊷、㊸、㊹、㊺、㊻、㊼、㊽、㊾、㊿ (50のハ)を除く。) | ⑫の者については、⑦、⑨、⑪、⑫、⑬から⑳まで、㉑、㉒、㉓、㉔、㉕、㉖、㉗、㉘、㉙、㉚、㉛、㉜、㉝、㉞、㉟、㊱、㊲、㊳、㊴、㊵、㊶、㊷、㊸、㊹、㊺、㊻、㊼、㊽、㊾、㊿ (通常の通勤の経路及び方法に限る。)、㉑、㉒、㉓、㉔、㉕、㉖、㉗、㉘、㉙、㉚、㉛、㉜、㉝、㉞、㉟、㊱、㊲、㊳、㊴、㊵、㊶、㊷、㊸、㊹、㊺、㊻、㊼、㊽、㊾、㊿ (50のハ)を除く。) |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ⑫の者については、⑦、⑨、⑪、⑫、⑬から⑳まで、㉑、㉒、㉓、㉔、㉕、㉖、㉗、㉘、㉙、㉚、㉛、㉜、㉝、㉞、㉟、㊱、㊲、㊳、㊴、㊵、㊶、㊷、㊸、㊹、㊺、㊻、㊼、㊽、㊾、㊿ (通常の通勤の経路及び方法に限る。)、㉑、㉒、㉓、㉔、㉕、㉖、㉗、㉘、㉙、㉚、㉛、㉜、㉝、㉞、㉟、㊱、㊲、㊳、㊴、㊵、㊶、㊷、㊸、㊹、㊺、㊻、㊼、㊽、㊾、㊿ (50のハ)を除く。) | ⑫の者については、⑦、⑨、⑪、⑫、⑬から⑳まで、㉑、㉒、㉓、㉔、㉕、㉖、㉗、㉘、㉙、㉚、㉛、㉜、㉝、㉞、㉟、㊱、㊲、㊳、㊴、㊵、㊶、㊷、㊸、㊹、㊺、㊻、㊼、㊽、㊾、㊿ (通常の通勤の経路及び方法に限る。)、㉑、㉒、㉓、㉔、㉕、㉖、㉗、㉘、㉙、㉚、㉛、㉜、㉝、㉞、㉟、㊱、㊲、㊳、㊴、㊵、㊶、㊷、㊸、㊹、㊺、㊻、㊼、㊽、㊾、㊿ (50のハ)を除く。) |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ⑫の者については、⑦、⑨、⑪、⑫、⑬から⑳まで、㉑、㉒、㉓、㉔、㉕、㉖、㉗、㉘、㉙、㉚、㉛、㉜、㉝、㉞、㉟、㊱、㊲、㊳、㊴、㊵、㊶、㊷、㊸、㊹、㊺、㊻、㊼、㊽、㊾、㊿ (通常の通勤の経路及び方法に限る。)、㉑、㉒、㉓、㉔、㉕、㉖、㉗、㉘、㉙、㉚、㉛、㉜、㉝、㉞、㉟、㊱、㊲、㊳、㊴、㊵、㊶、㊷、㊸、㊹、㊺、㊻、㊼、㊽、㊾、㊿ (50のハ)を除く。) | ⑫の者については、⑦、⑨、⑪、⑫、⑬から⑳まで、㉑、㉒、㉓、㉔、㉕、㉖、㉗、㉘、㉙、㉚、㉛、㉜、㉝、㉞、㉟、㊱、㊲、㊳、㊴、㊵、㊶、㊷、㊸、㊹、㊺、㊻、㊼、㊽、㊾、㊿ (通常の通勤の経路及び方法に限る。)、㉑、㉒、㉓、㉔、㉕、㉖、㉗、㉘、㉙、㉚、㉛、㉜、㉝、㉞、㉟、㊱、㊲、㊳、㊴、㊵、㊶、㊷、㊸、㊹、㊺、㊻、㊼、㊽、㊾、㊿ (50のハ)を除く。) |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

※印の欄は記入しないでください。(職員が記入します。)

◎裏面の注意事項を読んでから記入してください。

折り曲げる場合には、(▲)の所を谷に折りさらに2つ折りにしてください。

(注意) 一、二、三、記入枠の部分は、必ず黒のボールペンを使用し、様式右上に記載された「標準字体」にならって、枠からはみださないように大きめのカタカナ及びアラビア数字で明瞭に記載してください。

二、記載すべき事項のない欄又は記入枠は、空欄のままとし、事項を選択する場合に該事項を○で囲んでください。(ただし、⑤及び⑧欄並びに⑥⑦及び⑩欄の元号については該元号を記入枠に記入してください。)

一、□□□で表示された枠(以下、記入枠という。)に記入する文字は、光学的文字読取装置(OCR)で直接読取りを行うので、汚したり、穴をあけたり、必要以上に強く折り曲げたり、のりづけたりしないでください。

|                                                                                                                                       |                        |                                                                                                     |                 |                                                        |       |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|--------------------------------------------------------|-------|--|
| ㉔ 労働者の職種                                                                                                                              |                        | ㉕ 負傷又は発病の年月日及び時刻                                                                                    |                 | ㉖ 平均賃金(算定内訳別紙1のとおり)                                    |       |  |
|                                                                                                                                       |                        | 年 月 日 午 後 時 分頃                                                                                      |                 | 円 銭                                                    |       |  |
| ㉗ 災害時の通勤の種別<br>(該当する記号を記入)                                                                                                            |                        | イ. 住居から就業の場所への移動<br>ロ. 就業の場所から住居への移動<br>ハ. 就業の場所から他の就業の場所への移動<br>ニ. イに先行する住居間の移動<br>ホ. ロに後続する住居間の移動 |                 |                                                        |       |  |
| ㉘ 災害発生場所                                                                                                                              |                        |                                                                                                     |                 |                                                        |       |  |
| ㉙ 就業の場所<br>(災害時の通勤の種別がイ、ハ又はホに該当する場合は移動の終点たる就業の場所)                                                                                     |                        |                                                                                                     |                 |                                                        |       |  |
| ㉚ 就業開始の予定年月日及び時刻<br>(災害時の通勤の種別がイ、ハ又はホに該当する場合は記載すること)                                                                                  |                        | 年 月 日 午 前後 時 分頃                                                                                     |                 |                                                        |       |  |
| ㉛ 住居を離れた年月日及び時刻<br>(災害時の通勤の種別がイ、ハ又はホに該当する場合は記載すること)                                                                                   |                        | 年 月 日 午 前後 時 分頃                                                                                     |                 |                                                        |       |  |
| ㉜ 就業終了の年月日及び時刻<br>(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                                                                                     |                 |                                                        |       |  |
| ㉝ 就業場所を離れた年月日及び時刻<br>(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                                                                                     |                 |                                                        |       |  |
| ㉞ 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ある場所に至った経路、方法、所要時間その他状況                                                     |                        | [通常の通勤所要時間 時間 分]                                                                                    |                 |                                                        |       |  |
| ㉟ 災害の原因及び発生状況<br>(あ)どのような場所を<br>(い)どのような方法で移動している際に<br>(う)どのような物で又はどのような状況において<br>(え)どのようにして災害が発生したか<br>(お)㉟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 |                        |                                                                                                     |                 |                                                        |       |  |
| ㊱ 現認者の住所氏名                                                                                                                            |                        | 電話( ) —                                                                                             |                 |                                                        |       |  |
| ㊲ 第三者行為災害                                                                                                                             |                        | 該当する・該当しない                                                                                          |                 |                                                        |       |  |
| ㊳ 健康保険日雇特例被保険者手帳の記号及び番号                                                                                                               |                        |                                                                                                     |                 |                                                        |       |  |
| ㊴ 転任の事実の有無<br>(災害時に通勤の種別がニ又はホに該当する場合は)                                                                                                |                        | 有 ・ 無                                                                                               |                 | ㊵ 転任直前の住居に係る住所                                         |       |  |
| ㊶ 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)                                                                                      |                 |                                                        |       |  |
| ㊷ 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ロハニ示す障害年金<br>障害厚生年金<br>障害年金<br>障害基礎年金<br>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                                                                                            |                 |                                                        |       |  |
|                                                                                                                                       |                        |                                                                                                     |                 |                                                        |       |  |
|                                                                                                                                       |                        |                                                                                                     |                 |                                                        |       |  |

|              |                              |                                                   |
|--------------|------------------------------|---------------------------------------------------|
| ㊸その他就業先の有無   |                              |                                                   |
| 有            | 有の場合のその数<br>(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<br>(ただし表面の事業を含まない) |
| 無            | 社                            | 労働保険事務組合又は特別加入団体の名称                               |
| 労働保険番号(特別加入) |                              | 加入年月日<br>年 月 日                                    |
|              |                              | 給付基礎日額<br>円                                       |

【注 意】

- 一、所定労働時間後に負傷した場合には、㉙及び㉚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出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、㉛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、㉛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、㉛欄には、その者の給付基礎日額を記載してください。)
- 五、(三)、事業主の証明は受ける必要はありません。
- 六、第二回目以降の請求(申請)の場合には、
- 七、㉛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、㉛欄は記載する必要はありません。
- 九、別紙1(平均賃金算定内訳)は付する必要はありません。
- 十、その請求(申請)が離職後である場合(療養のために労働できなかった期間の全部又は一部が離職前である場合を除く。)には、事業主の証明は受ける必要はありません。
- 十一、㉛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)。
- 十二、休業特別支給金の支給の申請のみを行う場合には、㉛欄は記載する必要はありません。

|                    |                      |  |     |         |
|--------------------|----------------------|--|-----|---------|
| 社会保険<br>労務士<br>記載欄 | 作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示 |  | 氏 名 | 電 話 番 号 |
|                    |                      |  |     | ( ) —   |

|        |    |    |      |     |  |         |       |
|--------|----|----|------|-----|--|---------|-------|
| 労働保険番号 |    |    |      | 氏名  |  | 災害発生日月日 |       |
| 府県     | 所管 | 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                     | 賃金計算期間                    |                   | 月 日 月 日         | 月 日 月 日  | 月 日 月 日                                                     | 計       |         |
|                                                                                                                                                                          |                                  | 総日数                       |                   | 日               |          | 日 (イ) 日                                                     |         |         |
|                                                                                                                                                                          |                                  | 賃金                        | 基本賃金              |                 | 円        |                                                             | 円       |         |
|                                                                                                                                                                          |                                  |                           | 手当                |                 |          |                                                             |         |         |
|                                                                                                                                                                          |                                  |                           | 手当                |                 |          |                                                             |         |         |
|                                                                                                                                                                          |                                  |                           | 計                 |                 | 円        |                                                             | 円 (ロ) 円 |         |
|                                                                                                                                                                          |                                  | B                         | 日若しくは時間又は出来高払制その他 | 賃金計算期間          |          | 月 日 月 日                                                     | 月 日 月 日 | 月 日 月 日 |
| 総日数                                                                                                                                                                      |                                  |                           |                   | 日               |          | 日 (イ) 日                                                     |         |         |
| 労働日数                                                                                                                                                                     |                                  |                           |                   | 日               |          | 日 (ハ) 日                                                     |         |         |
| 賃金                                                                                                                                                                       | 基本賃金                             |                           |                   | 円               |          | 円                                                           |         |         |
|                                                                                                                                                                          | 手当                               |                           |                   |                 |          |                                                             |         |         |
|                                                                                                                                                                          | 手当                               |                           |                   |                 |          |                                                             |         |         |
|                                                                                                                                                                          | 計                                |                           |                   | 円               |          | 円 (ニ) 円                                                     |         |         |
| 総計                                                                                                                                                                       |                                  | 円                         |                   | 円               |          | 円 (ホ) 円                                                     |         |         |
| 平均賃金                                                                                                                                                                     |                                  | 賃金総額(ホ) 円÷総日数(イ) = 円 銭    |                   |                 |          |                                                             |         |         |
| 最低保障平均賃金の計算方法                                                                                                                                                            |                                  |                           |                   |                 |          |                                                             |         |         |
| Aの(ロ) 円÷総日数(イ) = 円 銭 (イ)                                                                                                                                                 |                                  |                           |                   |                 |          |                                                             |         |         |
| Bの(ニ) 円÷労働日数(ハ) × $\frac{60}{100}$ = 円 銭 (ロ)                                                                                                                             |                                  |                           |                   |                 |          |                                                             |         |         |
| (イ) 円 銭+(ロ) 円 銭 = 円 銭 (最低保障平均賃金)                                                                                                                                         |                                  |                           |                   |                 |          |                                                             |         |         |
| 日日雇い入れられる者の平均賃金（昭和38年労働省告示第52号による。）                                                                                                                                      | 第1号又は第2号の場合                      | 賃金計算期間                    | 月 日 月 日           | (イ) 労働日数又は労働総日数 | (ロ) 賃金総額 | 平均賃金 $\left( \frac{(ロ)}{(イ)} \right) \times \frac{73}{100}$ |         |         |
|                                                                                                                                                                          | 第3号の場合                           | 都道府県労働局長が定める金額 円          |                   |                 |          |                                                             |         |         |
|                                                                                                                                                                          | 第4号の場合                           | 従事する事業又は職業                |                   |                 |          |                                                             |         |         |
|                                                                                                                                                                          | 第4号の場合                           | 都道府県労働局長が定めた金額 円          |                   |                 |          |                                                             |         |         |
| 漁業及び林業労働者の平均賃金（昭和24年労働省告示第5号による。）                                                                                                                                        | 平均賃金協定額の承認年月日 年 月 日 職種 平均賃金協定額 円 |                           |                   |                 |          |                                                             |         |         |
| ① 賃金計算期間のうち業務外の傷病の療養等のため休業した期間の日数及びその期間中の賃金を業務上の傷病の療養のため休業した期間の日数及びその期間中の賃金とみなして算定した平均賃金<br>(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))<br>( 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<br>及びその期間中の賃金の内訳 |      |                |                |                |       |
| 賃金計算期間                                 |      | 月 日から<br>月 日まで | 月 日から<br>月 日まで | 月 日から<br>月 日まで | 計     |
| 業務外の傷病の療養等のため<br>休業した期間の日数             |      | 日              | 日              | 日              | (㊦) 日 |
| 休業<br>業務外<br>の傷病<br>期間中<br>の療養<br>等のため | 基本賃金 | 円              | 円              | 円              | 円     |
|                                        | 手当   |                |                |                |       |
|                                        | 手当   |                |                |                |       |
|                                        |      |                |                |                |       |
|                                        |      |                |                |                |       |
|                                        | 計    | 円              | 円              | 円              | (㊧) 円 |
| 休業の事由                                  |      |                |                |                |       |

|                                 |           |       |
|---------------------------------|-----------|-------|
| ③<br>特<br>別<br>給<br>与<br>の<br>額 | 支 払 年 月 日 | 支 払 額 |
|                                 | 年 月 日     | 円     |
|                                 | 年 月 日     | 円     |
|                                 | 年 月 日     | 円     |
|                                 | 年 月 日     | 円     |
|                                 | 年 月 日     | 円     |
|                                 | 年 月 日     | 円     |
|                                 | 年 月 日     | 円     |

[注 意]

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

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

様式第16号の6（別紙2）

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

|                                                 |       |              |     |
|-------------------------------------------------|-------|--------------|-----|
| ① 療養のため労働できなかった期間                               |       |              |     |
| _____年_____月_____日から_____年_____月_____日まで_____日間 |       |              |     |
| ② ①のうち賃金を受けなかった日の日数 _____日                      |       |              |     |
| ③ ②の日数の内訳                                       |       | 全部休業日 _____日 |     |
|                                                 |       | 一部休業日 _____日 |     |
| ④ 一部休業日の年月日及び当該労働者に対し支払われる賃金の額                  | 年 月 日 | 賃 金 の 額      | 備 考 |
|                                                 | 年 月 日 | 円            |     |
|                                                 |       |              |     |
|                                                 |       |              |     |
|                                                 |       |              |     |
|                                                 |       |              |     |
|                                                 |       |              |     |
|                                                 |       |              |     |
|                                                 |       |              |     |
|                                                 |       |              |     |
|                                                 |       |              |     |

〔注意〕

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

複数事業労働者用

① 労働保険番号(請求書に記載した事業場以外の就労先労働保険番号)

|      |    |    |      |  |  |  |     |  |  |  |  |
|------|----|----|------|--|--|--|-----|--|--|--|--|
| 都道府県 | 所掌 | 管轄 | 基幹番号 |  |  |  | 枝番号 |  |  |  |  |
|      |    |    |      |  |  |  |     |  |  |  |  |

② 労働者の氏名・性別・生年月日・住所

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

③ 平均賃金(内訳は別紙1のとおり)

|   |   |
|---|---|
| 円 | 銭 |
|---|---|

④ 雇入期間

|            |   |   |   |    |   |   |   |    |
|------------|---|---|---|----|---|---|---|----|
| (昭和・平成・令和) | 年 | 月 | 日 | から | 年 | 月 | 日 | まで |
|------------|---|---|---|----|---|---|---|----|

⑤ 療養のため労働できなかった期間

|                           |   |   |   |    |   |   |   |    |  |       |
|---------------------------|---|---|---|----|---|---|---|----|--|-------|
| 令和                        | 年 | 月 | 日 | から | 年 | 月 | 日 | まで |  | 日間のうち |
| ⑥ 賃金を受けなかった日数(内訳は別紙2のとおり) |   |   |   |    |   |   |   |    |  | 日     |

⑦ 厚生年金保険等の受給関係

|                          |                 |                |          |   |   |
|--------------------------|-----------------|----------------|----------|---|---|
| (イ)基礎年金番号                | (ロ)被保険者資格の取得年月日 |                | 年        | 月 | 日 |
| (ハ)当該傷病に関して支給される年金の種類等   |                 |                |          |   |   |
| 年金の種類                    | 厚生年金保険法の        | イ 障害年金         | ロ 障害厚生年金 |   |   |
|                          | 国民年金法の          | ハ 障害年金         | ニ 障害基礎年金 |   |   |
|                          | 船員保険法の          | ホ 障害年金         |          |   |   |
| 障害等級                     | 級               | 支給されることとなった年月日 | 年        | 月 | 日 |
| 基礎年金番号及び厚生年金等の年金証書の年金コード |                 |                |          |   |   |
| 所轄年金事務所等                 |                 |                |          |   |   |

上記②の者について、③から⑦までに記載されたとおりであることを証明します。

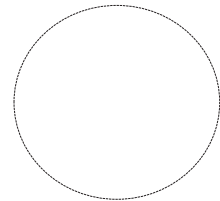
年 月 日

事業の名称

電話( ) —

事業場の所在地

事業主の氏名



労働基準監督署長 殿

|                        |                      |       |         |
|------------------------|----------------------|-------|---------|
| 社会保険<br>労 務 士<br>記 載 欄 | 作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示 | 氏 名   | 電 話 番 号 |
|                        |                      | ( ) — |         |

通勤災害用

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

|                                                                                                          |                              |     |      |  |  |  |       |  |  |                                                                          |                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-----|------|--|--|--|-------|--|--|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------------------|--------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| ① 労働保険番号                                                                                                 |                              |     |      |  |  |  |       |  |  | ③ フリガナ                                                                   |                                         |  |  |  |  |  |  |  |  | ④ 負傷又は発病年月日           |                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 府県                                                                                                       | 所掌                           | 管轄  | 基幹番号 |  |  |  | 枝番号   |  |  | ③ 氏名<br>（男・女）<br>生年月日<br>年 月 日（歳）<br>フリガナ<br>住所<br>職種<br>所属事業場<br>名称・所在地 | （男・女）<br>年 月 日（歳）<br>午前 時 分頃<br>午後 時 分頃 |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                          |                              |     |      |  |  |  |       |  |  |                                                                          |                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ② 年金証書の番号                                                                                                |                              |     |      |  |  |  |       |  |  |                                                                          | ⑤ 治療（症状固定）年月日                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 管轄局                                                                                                      | 種別                           | 西暦年 | 番号   |  |  |  | 年 月 日 |  |  |                                                                          |                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                          |                              |     |      |  |  |  |       |  |  | ⑥ 平均賃金                                                                   |                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                          |                              |     |      |  |  |  |       |  |  | 円 銭                                                                      |                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ⑧ 通勤災害に関する事項                                                                                             |                              |     |      |  |  |  |       |  |  | 別紙のとおり                                                                   |                                         |  |  |  |  |  |  |  |  | ⑦ 特別給与の総額（年額）         |                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                          |                              |     |      |  |  |  |       |  |  |                                                                          |                                         |  |  |  |  |  |  |  |  | 円                     |                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ⑨ 厚生年金保険等の受給関係                                                                                           | ① 厚年等の年金証書の基礎年金番号・年金コード      |     |      |  |  |  |       |  |  |                                                                          | ② 被保険者資格の取得年月日                          |  |  |  |  |  |  |  |  |                       | 年 月 日                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                          | ⑩ 当該傷病に<br>関して支給され<br>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<br>国民年金法のイ、障害年金ロ、障害基礎年金<br>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①及び②並びに別紙の㊦、㊧、㊨、㊩、㊪、㊫、㊬（通常の通勤の経路及び方法に限る。）及び㊭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（ ） -               |                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 年 月 日                                                                                                    |                              |     |      |  |  |  |       |  |  | 事業場の所在地                                                                  |                                         |  |  |  |  |  |  |  |  | 〒 -                   |                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 年 月 日                                                                                                    |                              |     |      |  |  |  |       |  |  | 事業主の氏名                                                                   |                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 年 月 日                                                                                                    |                              |     |      |  |  |  |       |  |  | （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㊦、㊧及び㊨について知り得なかった場合には証明する必要がないので、知り得なかった事項の符号を消すこと。また、⑨の①及び②については、③の者が厚生年金保険の被保険者である場合に限り証明すること。 |                              |     |      |  |  |  |       |  |  |                                                                          |                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ⑩ 障害部位及び状態                                                                                               |                              |     |      |  |  |  |       |  |  | (診断書のとおり)                                                                |                                         |  |  |  |  |  |  |  |  | ⑪ 既存障害がある場合にはその部位及び状態 |                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ⑫ 添付する書類その他の資料名                                                                                          |                              |     |      |  |  |  |       |  |  |                                                                          |                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ⑬ 年金の払い渡しを受けることを希望する金融機関又は郵便局<br>(登録している公金受取口座を利用します:□)                                                  |                              |     |      |  |  |  |       |  |  | ～支金郵便等融許を機退く関の～<br>郵便店等貯金又は銀郵便の局                                         |                                         |  |  |  |  |  |  |  |  | ※ 金融機関店舗コード           |                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                          |                              |     |      |  |  |  |       |  |  |                                                                          |                                         |  |  |  |  |  |  |  |  | 名 称                   |                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  | 銀行・金庫<br>農協・漁協・信組 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 本店・本所<br>出張所<br>支店・支所 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                          |                              |     |      |  |  |  |       |  |  |                                                                          |                                         |  |  |  |  |  |  |  |  | 預金通帳の記号番号             |                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  | 普通・当座 第 号         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                          |                              |     |      |  |  |  |       |  |  |                                                                          |                                         |  |  |  |  |  |  |  |  | フリガナ                  |                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  | ※ 郵便局コード          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                          |                              |     |      |  |  |  |       |  |  |                                                                          |                                         |  |  |  |  |  |  |  |  | 名 称                   |                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 所 在 地                                                                                                    |                              |     |      |  |  |  |       |  |  | 都道府県 市郡区                                                                 |                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 預金通帳の記号番号                                                                                                |                              |     |      |  |  |  |       |  |  | 第 号                                                                      |                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

障害給付の支給を請求します。

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

年 月 日

請求人 申請人 の 住 所

氏 名

□本件手続を裏面に記載の社会保険労務士に委託します。

個人番号

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

様式第16号の7(裏面)

| ⑭その他就業先の有無   |                                           |                                                   |
|--------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| 有<br><br>無   | 有の場合のその数<br>(ただし表面の事業場を含まない)<br><br><br>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<br>(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<br><br>年 月 日                                |
|              |                                           | 給付基礎日額<br><br>円                                   |

[注意]

- ※印欄には記載しないこと。
- 事項を選択する場合には該当する事項を○で囲むこと。
- 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。
- 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。)
- 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。)
- 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及び④並びに⑧の別紙は記載する必要がないこと。
  - 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。
  - 事業主の証明を受ける必要がないこと。
- 請求人(申請人)が特別加入者であるときは、
  - ⑥には、その者の給付基礎日額を記載すること。
  - ⑦は記載する必要がないこと。
  - ④並びに⑧の別紙の㊦から㊴まで、㊵及び㊶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。
  - 事業主の証明を受ける必要がないこと。
- ⑬については、障害年金又は障害特別年金の支給を受けることとなる場合において、障害年金又は障害特別年金の払渡しを金融機関(郵便貯金銀行の支店等を除く。)から受けることを希望する者にあつては「金融機関(郵便貯金銀行の支店等を除く。)」欄に、障害年金又は障害特別年金の払渡しを郵便貯金銀行の支店等又は郵便局から受けることを希望する者にあつては「郵便貯金銀行の支店等又は郵便局」欄に、それぞれ記載すること。  
 なお、郵便貯金銀行の支店等又は郵便局から払渡しを受けることを希望する場合であつて振込によらないときは、「預金通帳の記号番号」の欄は記載する必要はないこと。  
 また、年金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「登録している公金受取口座を利用します：□」の□にレ点を記入すること。その際、口座情報の記載や通帳の写しの添付等は必要がないこと。
- 「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。
- 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。
- 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。

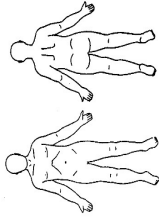
|                    |                      |     |               |
|--------------------|----------------------|-----|---------------|
| 社会保険<br>労務士<br>記載欄 | 作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示 | 氏 名 | 電話番号          |
|                    |                      |     | (      )<br>— |

労働者災害補償保険診断書

障害(補償)等給付請求用

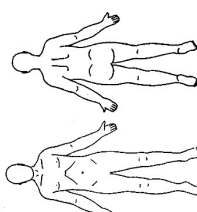
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                |          |                    |                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------|--------------------|---------------------------|
| 氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 生年月日           | 年        | 月                  | 日                         |
| 傷病名                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 負傷又は発病年月日      | 年        | 月                  | 日                         |
| 障害の部位                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 初診年月日          | 年        | 月                  | 日                         |
| 既往歴                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 治癒(症状固定)年月日    | 年        | 月                  | 日                         |
| 既往歴                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 既往障害           |          |                    |                           |
| 及発症の経内                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                |          |                    |                           |
| 過容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                |          |                    |                           |
| 各部位の障害の状態の詳細 (各部位の障害について、該当項目や有・無に○印を付け各欄に検査数値や所見等を記入してください。)                                                                                                                                                                                                                                                     |                |          |                    |                           |
| ①                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ア 高次脳機能障害の有無   | 有・無      | イ 身体性機能障害の有無 (疼痛等) | 有・無                       |
| 又神は疑系統神経の障害機能                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | ウ 非器質性の精神障害の有無 | 有・無      | エ その他、疼痛などの神経障害    | 有・無                       |
| 【中枢神経系の機能又は精神の障害の障害の注意事項】<br>※上記のいずれかの障害について記載した場合は、その障害の状態の詳細について①の「障害の状態及びVNP等の所見」欄に記入してください。<br>※上記のいずれかの障害について記載した場合は、その障害の状態の詳細について①の「障害の状態及びVNP等の所見」欄に記入してください。<br>※上記のいずれかの障害について記載した場合は、その障害の状態の詳細について①の「障害の状態及びVNP等の所見」欄に記入してください。<br>※上記のいずれかの障害について記載した場合は、その障害の状態の詳細について①の「障害の状態及びVNP等の所見」欄に記入してください。 |                |          |                    |                           |
| ②                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ア 呼吸器の障害       | 有・無      | イ 循環器の障害の有無        | 有・無                       |
| 胸腹部臓器の障害                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | ウ 腹部臓器の障害      | 有・無      | エ 泌尿器の障害の有無        | 有・無                       |
| オ 生殖器の障害                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 有・無            |          |                    |                           |
| 【呼吸器・循環器・泌尿器・生殖器の注意事項】<br>※上記のいずれかの障害について記載した場合は、その障害の状態の詳細について①の「障害の状態及びVNP等の所見」欄に記入してください。<br>※上記のいずれかの障害について記載した場合は、その障害の状態の詳細について①の「障害の状態及びVNP等の所見」欄に記入してください。<br>※上記のいずれかの障害について記載した場合は、その障害の状態の詳細について①の「障害の状態及びVNP等の所見」欄に記入してください。<br>※上記のいずれかの障害について記載した場合は、その障害の状態の詳細について①の「障害の状態及びVNP等の所見」欄に記入してください。    |                |          |                    |                           |
| ③                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ア 視力障害         | イ 調節機能障害 | ウ 運動障害             | エ 眼輪筋の障害 (以下に○印を記入してください) |
| 眼                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 裸眼             | 矯正       | 調節力                | 注視野障害                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                | 調節力      | 注視野障害              | 注視野障害                     |
| の                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 右              | ( ) D    | 有・無                | 有・無                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 左              | ( ) D    | 有・無                | 有・無                       |
| 障                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 正面視            | 正面視以外    | 半盲                 | 視野狭窄                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 有・無            | 有・無      | 有・無                | 視野狭窄                      |
| 害                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | カ 複視           | 有・無      | 有・無                | 有・無                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 有・無            | 有・無      | 有・無                | 有・無                       |
| 【眼の障害の注意事項】<br>※上記のいずれかの障害について記載した場合は、その障害の状態の詳細について①の「障害の状態及びVNP等の所見」欄に記入してください。<br>※上記のいずれかの障害について記載した場合は、その障害の状態の詳細について①の「障害の状態及びVNP等の所見」欄に記入してください。<br>※上記のいずれかの障害について記載した場合は、その障害の状態の詳細について①の「障害の状態及びVNP等の所見」欄に記入してください。<br>※上記のいずれかの障害について記載した場合は、その障害の状態の詳細について①の「障害の状態及びVNP等の所見」欄に記入してください。               |                |          |                    |                           |

|                                                                                                                                                                                                                                                                         |     |                               |                              |                   |                                                                                                                                  |               |                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-------------------------------|------------------------------|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------------------|
| ④                                                                                                                                                                                                                                                                       | 耳   | 検査日                           | ア 平均聴覚能力レベル (6分式)            | イ 最高聴覚能力 (障害)     | ウ 耳介の欠損                                                                                                                          | エ 耳鳴          |                          |
| の                                                                                                                                                                                                                                                                       | 障   | 第1回                           | 年 右                          | dB                | %                                                                                                                                | a 耳介の1/2以上の欠損 | a 耳鳴に起因する検査により著しい耳鳴が常時ある |
|                                                                                                                                                                                                                                                                         |     | 月 左                           | dB                           | %                 | 有・無                                                                                                                              | 有・無           |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                         |     | 日 右                           | dB                           | %                 | 有・無                                                                                                                              | 有・無           |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                         |     | 年 右                           | dB                           | %                 | 有・無                                                                                                                              | 有・無           |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                         |     | 月 左                           | dB                           | %                 | 有・無                                                                                                                              | 有・無           |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                         |     | 日 右                           | dB                           | %                 | 有・無                                                                                                                              | 有・無           |                          |
| 害                                                                                                                                                                                                                                                                       | 障   | 第2回                           | 年 右                          | dB                | %                                                                                                                                | オ 耳道の有無       |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                         |     | 月 左                           | dB                           | %                 | 有・無                                                                                                                              | 有・無           |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                         |     | 日 右                           | dB                           | %                 | 有・無                                                                                                                              | 有・無           |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                         |     | 年 右                           | dB                           | %                 | 有・無                                                                                                                              | 有・無           |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                         |     | 月 左                           | dB                           | %                 | 有・無                                                                                                                              | 有・無           |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                         |     | 日 右                           | dB                           | %                 | 有・無                                                                                                                              | 有・無           |                          |
| 【耳の障害の注意事項】<br>※上記のいずれかの障害について記載した場合は、その障害の状態の詳細について①の「障害の状態及びVNP等の所見」欄に記入してください。併せて、聴覚能力レベル、ヒッチ・マツダ検査及びワグネル・ワグネル検査結果を添付してください。<br>※「ウ 耳介の欠損」が有の場合は、①の「障害の状態及びVNP等の所見」欄に図示するが、その状態が分かる資料等を添付してください。<br>※「オ 耳道の有無」が有の場合は、①の「障害の状態及びVNP等の所見」欄に図示するが、その状態が分かる資料等を添付してください。 |     |                               |                              |                   |                                                                                                                                  |               |                          |
| ⑤                                                                                                                                                                                                                                                                       | 鼻   | 全部又は大部分                       | 一部欠損                         | 鼻呼吸困難             | 嗅覚喪失                                                                                                                             | 嗅覚減退          |                          |
| 鼻の障害                                                                                                                                                                                                                                                                    | 有・無 | 有・無                           | 有・無                          | 有・無               | 有・無                                                                                                                              | 有・無           |                          |
| 【鼻の障害の注意事項】<br>※上記のいずれかの障害について記載した場合は、その障害の状態の詳細について①の「障害の状態及びVNP等の所見」欄に記入してください。併せて、鼻の検査結果を添付してください。<br>※「ア 鼻軟骨部の欠損」が有の場合は、①の「障害の状態及びVNP等の所見」欄に図示するが、その状態が分かる資料等を添付してください。                                                                                             |     |                               |                              |                   |                                                                                                                                  |               |                          |
| ⑥                                                                                                                                                                                                                                                                       | 口   | ア そしや機能の障害 ※該当する項目に○を記入してください | イ 言語機能の障害 ※該当する項目に○を記入してください | ウ 歯牙障害            |                                                                                                                                  |               |                          |
| の                                                                                                                                                                                                                                                                       | 障   | 流動食以外摂取できない                   | 4種の母音のうち、3種以上発音が不能           | 4種の歯音のうち、2種の発音が不能 | 歯科補綴を加えた歯を記入してください。<br>ただし、「歯科補綴」で追加したものは、再度検査又は追加検査した歯にのみ記入してください。有歯歯列及び義歯歯列を併記した場合には、その両方を記入してください。また、入れ歯の付いた歯は、その両方を記入してください。 |               |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                         |     | 咀嚼又はこれに準ずる程度の咬合が不能            | 4種の歯音のうち、2種の発音が不能            | 4種の歯音のうち、1種の発音が不能 | 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7<br>7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7                                                                       |               |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                         |     | 固形食物の咀嚼が不能                    | 4種の歯音のうち、2種の発音が不能            | 4種の歯音のうち、1種の発音が不能 | 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7<br>7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7                                                                       |               |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                         |     | 咀嚼又はこれに準ずる程度の咬合が不能            | 4種の歯音のうち、2種の発音が不能            | 4種の歯音のうち、1種の発音が不能 | 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7<br>7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7                                                                       |               |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                         |     | 固形食物の咀嚼が不能                    | 4種の歯音のうち、2種の発音が不能            | 4種の歯音のうち、1種の発音が不能 | 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7<br>7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7                                                                       |               |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                         |     | 咀嚼又はこれに準ずる程度の咬合が不能            | 4種の歯音のうち、2種の発音が不能            | 4種の歯音のうち、1種の発音が不能 | 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7<br>7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7                                                                       |               |                          |
| 障                                                                                                                                                                                                                                                                       | 害   | 味覚喪失                          | 味覚減退                         | 有・無               | 有・無                                                                                                                              | 有・無           | 有・無                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                         |     | 有・無                           | 有・無                          | 有・無               | 有・無                                                                                                                              | 有・無           | 有・無                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                         |     | 有・無                           | 有・無                          | 有・無               | 有・無                                                                                                                              | 有・無           | 有・無                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                         |     | 有・無                           | 有・無                          | 有・無               | 有・無                                                                                                                              | 有・無           | 有・無                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                         |     | 有・無                           | 有・無                          | 有・無               | 有・無                                                                                                                              | 有・無           | 有・無                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                         |     | 有・無                           | 有・無                          | 有・無               | 有・無                                                                                                                              | 有・無           | 有・無                      |
| 【口の障害の注意事項】<br>※上記のいずれかの障害について記載した場合は、その障害の状態の詳細について①の「障害の状態及びVNP等の所見」欄に記入してください。併せて、嚥下・咀嚼・言語機能の検査結果を添付してください。<br>※「ウ 歯牙障害」について、今回の事故等の前に、既に喪失又は著しく欠損した歯牙に対する補綴を行った者が有る場合は、以下の欄に記入してください。                                                                               |     |                               |                              |                   |                                                                                                                                  |               |                          |
| ⑦                                                                                                                                                                                                                                                                       | 顔状  | ア 外貌                          | ア 外貌                         | ア 外貌              | ア 外貌                                                                                                                             | ア 外貌          |                          |
| 状                                                                                                                                                                                                                                                                       | 障   | 顔面                            | 顔面                           | 顔面                | 顔面                                                                                                                               | 顔面            | 顔面                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                         |     | 有・無                           | 有・無                          | 有・無               | 有・無                                                                                                                              | 有・無           | 有・無                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                         |     | 有・無                           | 有・無                          | 有・無               | 有・無                                                                                                                              | 有・無           | 有・無                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                         |     | 有・無                           | 有・無                          | 有・無               | 有・無                                                                                                                              | 有・無           | 有・無                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                         |     | 有・無                           | 有・無                          | 有・無               | 有・無                                                                                                                              | 有・無           | 有・無                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                         |     | 有・無                           | 有・無                          | 有・無               | 有・無                                                                                                                              | 有・無           | 有・無                      |
| 【顔状障害の注意事項】<br>※上記のいずれかの障害について記載した場合は、その障害の状態の詳細について①の「障害の状態及びVNP等の所見」欄に記入してください。                                                                                                                                                                                       |     |                               |                              |                   |                                                                                                                                  |               |                          |



|               |                                                                     |                                                                                                              |        |        |      |      |      |      |      |    |
|---------------|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|------|------|------|------|------|----|
| ③ せき柱及びその他の骨格 | ア せき柱の変形障害                                                          | (障害のある運動に○を付け、下記 ④上下肢等関節角度測定表)にその可動域角度を記入してください。)                                                            |        |        |      |      |      |      |      |    |
|               |                                                                     | 前屈                                                                                                           | 後屈     | 右回旋    | 左回旋  |      |      |      |      |    |
|               | 圧迫骨折の有無                                                             | 椎弓切除術の有無                                                                                                     | 右側屈    | 左側屈    | 右側屈  | 左側屈  |      |      |      |    |
|               | 有・無                                                                 | 有・無                                                                                                          | 有・無    | 有・無    | 有・無  | 有・無  |      |      |      |    |
|               | ウ その他の他体幹骨の変形の有無<br>(身体にあって変形が明らかになる程度のものがある場合には、下記①～④に○を記入してください。) | ①頷骨                                                                                                          | ②胸骨    | ③肋骨    | ④肩甲骨 | ⑤肋骨骨 |      |      |      |    |
|               |                                                                     | (はき足及びその他の体幹骨の障害の注意事項)<br>①はき足及びその他の体幹骨の障害の注意事項) ②はき足の状態及び③肋骨の所見、欄に記入してください。併せて、各検査結果を記載する、または検査結果を添付してください。 |        |        |      |      |      |      |      |    |
|               |                                                                     | ア 欠損障害(離断部位を図に示してください。)                                                                                      |        |        |      |      |      |      |      |    |
|               |                                                                     | 上肢                                                                                                           | 下肢     | 手      | 指    | (右)  | (左)  |      |      |    |
|               | ④ 上肢(手指含む)及び下肢(足指含む)の障害                                             | イ 短縮障害                                                                                                       | 右下肢長   | cm     | 左下肢長 | cm   | 右下肢長 | cm   | 左下肢長 | cm |
|               |                                                                     |                                                                                                              | 右下肢短   | cm     | 左下肢短 | cm   | 右下肢短 | cm   | 左下肢短 | cm |
| ウ 変形障害        |                                                                     | 偽関節(仮関節)の有無及び部位(ゆがみ)                                                                                         | 有・無    | 有・無    | 有・無  | 有・無  | 有・無  | 有・無  | 有・無  |    |
|               |                                                                     | 変形ゆがみの有無及び部位                                                                                                 | 有・無    | 有・無    | 有・無  | 有・無  | 有・無  | 有・無  | 有・無  |    |
| エ 関節の機能障害の有無  |                                                                     | 右肘関節                                                                                                         | 左肘関節   | 右腕関節   | 左腕関節 | 右手関節 | 左手関節 | 右手関節 | 左手関節 |    |
|               |                                                                     | 右肘関節                                                                                                         | 左肘関節   | 右腕関節   | 左腕関節 | 右手関節 | 左手関節 | 右手関節 | 左手関節 |    |
| ⑤ 上下肢等関節角度測定表 |                                                                     | 運動方向                                                                                                         | 屈曲(前屈) | 伸展(後屈) | 回旋   | 側屈   | 回旋   | 側屈   |      |    |
|               |                                                                     |                                                                                                              | 屈曲(前屈) | 伸展(後屈) | 回旋   | 側屈   | 回旋   | 側屈   |      |    |
|               |                                                                     | 肩関節                                                                                                          | 右      | 左      | 右    | 左    | 右    | 左    | 右    | 左  |
|               |                                                                     |                                                                                                              | 右      | 左      | 右    | 左    | 右    | 左    | 右    | 左  |
|               | 肘関節                                                                 | 右                                                                                                            | 左      | 右      | 左    | 右    | 左    | 右    | 左    |    |
|               |                                                                     | 右                                                                                                            | 左      | 右      | 左    | 右    | 左    | 右    | 左    |    |
|               | 腕関節                                                                 | 右                                                                                                            | 左      | 右      | 左    | 右    | 左    | 右    | 左    |    |
|               |                                                                     | 右                                                                                                            | 左      | 右      | 左    | 右    | 左    | 右    | 左    |    |
|               | 手関節                                                                 | 右                                                                                                            | 左      | 右      | 左    | 右    | 左    | 右    | 左    |    |
|               |                                                                     | 右                                                                                                            | 左      | 右      | 左    | 右    | 左    | 右    | 左    |    |
| ⑥ 上下肢等関節角度測定表 | 運動方向                                                                | 屈曲(前屈)                                                                                                       | 伸展(後屈) | 回旋     | 側屈   | 回旋   | 側屈   |      |      |    |
|               |                                                                     | 屈曲(前屈)                                                                                                       | 伸展(後屈) | 回旋     | 側屈   | 回旋   | 側屈   |      |      |    |
|               | 肩関節                                                                 | 右                                                                                                            | 左      | 右      | 左    | 右    | 左    | 右    | 左    |    |
|               |                                                                     | 右                                                                                                            | 左      | 右      | 左    | 右    | 左    | 右    | 左    |    |
|               | 肘関節                                                                 | 右                                                                                                            | 左      | 右      | 左    | 右    | 左    | 右    | 左    |    |
|               |                                                                     | 右                                                                                                            | 左      | 右      | 左    | 右    | 左    | 右    | 左    |    |
|               | 腕関節                                                                 | 右                                                                                                            | 左      | 右      | 左    | 右    | 左    | 右    | 左    |    |
|               |                                                                     | 右                                                                                                            | 左      | 右      | 左    | 右    | 左    | 右    | 左    |    |
|               | 手関節                                                                 | 右                                                                                                            | 左      | 右      | 左    | 右    | 左    | 右    | 左    |    |
|               |                                                                     | 右                                                                                                            | 左      | 右      | 左    | 右    | 左    | 右    | 左    |    |

|               |      |        |        |    |    |    |    |   |   |
|---------------|------|--------|--------|----|----|----|----|---|---|
| ⑦ 上下肢等関節角度測定表 | 運動方向 | 屈曲(前屈) | 伸展(後屈) | 回旋 | 側屈 | 回旋 | 側屈 |   |   |
|               |      | 屈曲(前屈) | 伸展(後屈) | 回旋 | 側屈 | 回旋 | 側屈 |   |   |
|               | 肩関節  | 右      | 左      | 右  | 左  | 右  | 左  | 右 | 左 |
|               |      | 右      | 左      | 右  | 左  | 右  | 左  | 右 | 左 |
|               | 肘関節  | 右      | 左      | 右  | 左  | 右  | 左  | 右 | 左 |
|               |      | 右      | 左      | 右  | 左  | 右  | 左  | 右 | 左 |
|               | 腕関節  | 右      | 左      | 右  | 左  | 右  | 左  | 右 | 左 |
|               |      | 右      | 左      | 右  | 左  | 右  | 左  | 右 | 左 |
|               | 手関節  | 右      | 左      | 右  | 左  | 右  | 左  | 右 | 左 |
|               |      | 右      | 左      | 右  | 左  | 右  | 左  | 右 | 左 |
| ⑧ 上下肢等関節角度測定表 | 運動方向 | 屈曲(前屈) | 伸展(後屈) | 回旋 | 側屈 | 回旋 | 側屈 |   |   |
|               |      | 屈曲(前屈) | 伸展(後屈) | 回旋 | 側屈 | 回旋 | 側屈 |   |   |
|               | 肩関節  | 右      | 左      | 右  | 左  | 右  | 左  | 右 | 左 |
|               |      | 右      | 左      | 右  | 左  | 右  | 左  | 右 | 左 |
|               | 肘関節  | 右      | 左      | 右  | 左  | 右  | 左  | 右 | 左 |
|               |      | 右      | 左      | 右  | 左  | 右  | 左  | 右 | 左 |
|               | 腕関節  | 右      | 左      | 右  | 左  | 右  | 左  | 右 | 左 |
|               |      | 右      | 左      | 右  | 左  | 右  | 左  | 右 | 左 |
|               | 手関節  | 右      | 左      | 右  | 左  | 右  | 左  | 右 | 左 |
|               |      | 右      | 左      | 右  | 左  | 右  | 左  | 右 | 左 |

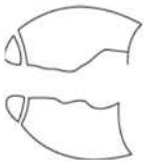


※右側のいすに○を記入してください。アフターケアの対象となるケガや病気の発生は定められており、一定の障害等級などを対象者の要件としています。複数の障害がある場合は、アフターケアの必要性が認められる上記①～④の障害の番号を全て記入してください。

上記のとおり診断します。

年 月 日 所 在 地 電話( )

氏 名 (氏名)

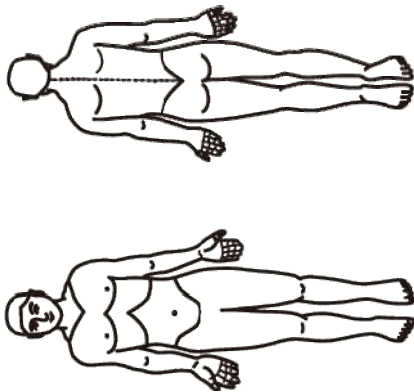
| 労働者災害補償保険 診断書 (じん肺用) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |        |            |
|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|------------|
| 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) 4<br>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<br>年 月 日<br>初診年月日 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                          |        |            |
| 5 既往概要               | 胸郭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概要  | (治療を受けた期間) 自 年 月 日 至 年 月 日<br>(主たる治療及び経過)                                                                                                                                                                                                                                                                                                |        |            |
| 7 エックス線写真による検査       | 4. エックス線写真の像<br>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/+)<br><br>像 状 影 区 分 タイプ<br>粒 影 / / p q r<br>不整形陰影 /<br>ロ. 大陰影の区分 (A B C)<br>ハ. 付加記載事項 (pl p/c co bu ca cv em es px tb)<br>1. 撮影年月日 年 月 日<br>2. 写真番号 KV<br>3. 撮影条件 mAs<br>増感紙 |        |            |
| 8 胸部に関する臨床検査         | 検査年月日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 年 月 日  | 検査結果       |
| 呼吸困難                 | I II III IV V                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | チアノーゼ  | +          |
| せき                   | +                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | ばち状指   | +          |
| たん                   | +                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 副雑音    | +          |
| 心悸亢進                 | +                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | その他    |            |
| その他                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |        |            |

| 検査年月日         |              |                 |       | 年 月 日     |        |         |   |
|---------------|--------------|-----------------|-------|-----------|--------|---------|---|
| 9 合併症に関する検査   | 自覚症状         | 肺結核以外の合併症に関する検査 | 結核菌   | た ん 滲 出 液 | 塗抹     | +       | — |
|               | 結核菌          | 塗抹              | +     | —         | 培養     | +       | — |
|               | エックス線        | 撮影法 (見)         | 撮影所   | 1時間値      | 2時間値   | mm × mm |   |
|               | 特殊撮影         | 赤血球             | 沈降速度  | ツベルクリン反応  | その他の所見 |         |   |
|               | 判定           | 療養 (要・不要)       |       |           |        |         |   |
| 10 肺機能検査      | 身長           | cm              | 1秒量   | 予測値       | ℓ      |         |   |
|               | 年齢           | 歳               | 肺活量   | 予測値       | ℓ      |         |   |
|               | 検査年月日        | 年 月 日           | 活量    | ℓ         |        |         |   |
|               | 第1次検査        | 1秒量             | 率     | %         |        |         |   |
|               | 1秒量          | %               |       |           |        |         |   |
|               | 1秒量          | %               |       |           |        |         |   |
|               | 1秒量          | %               |       |           |        |         |   |
|               | 1秒量          | %               |       |           |        |         |   |
|               | 1秒量          | %               |       |           |        |         |   |
|               | 1秒量          | %               |       |           |        |         |   |
| 第2次検査         | 検査年月日        | 年 月 日           | 探血の部位 | 分         |        |         |   |
| 探血から分析終了までの時間 | 分            |                 |       |           |        |         |   |
| 酸素分圧          | Torr         |                 |       |           |        |         |   |
| 炭酸ガス分圧        | Torr         |                 |       |           |        |         |   |
| 肺胞気動脈血酸素分圧較差  | Torr         |                 |       |           |        |         |   |
| 判定            | F ( — + ++ ) |                 |       |           |        |         |   |

(裏面へ続く)

|                                                             |                                                     |                       |                        |
|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------|------------------------|
| 11 日常生活状況                                                   | 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<br>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<br>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<br>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。<br>年 月 日<br>所在地<br>病院又は診療所の名称<br>診断医氏名<br>(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                                                         | 2 生年月日 大昭平令                                                                          |                 |                 |
| 3 傷病名                                                         | (男・女)                                                                                | 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 神経因性膀胱 有・無)                                                                     |                 |                 |
| 6 及過<br>及び過去1<br>経過年間の<br>の概要<br>療養の必要<br>の内容<br>療養の内容及び経過の概要 | せき髄、せき椎<br>に対する治療                                                                    | 四肢に対する<br>治療    | 尿路に対する<br>治療    |
| 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 |
| 7 運 動 器 系 所 見                                                 |  |                 |                 |

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 8  | 検査年月日 ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )<br>泌尿器系所見<br>腎機能障害: 左 右<br>結石: 腎 ( )、尿管 ( )、膀胱 ( )<br>感染: 腎 ( )、尿管 ( )、膀胱 ( )<br>瘻孔: 尿管 ( )、尿管 ( )、尿道 ( )<br>BUN値 ( )、カテーテル留置 (有・無)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 9  | 日常生活の状況<br>(1) 食事 <input type="checkbox"/> 1. 自助具を用いても不能<br><input type="checkbox"/> 2. 自助具を用いれば可能<br><input type="checkbox"/> 3. 介助不要<br>(2) 上肢筋力 <input type="checkbox"/> 1. 体を支持することができない<br><input type="checkbox"/> 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<br><input type="checkbox"/> 3. 車いすを介助なく運転することができる<br>(3) 歩行 <input type="checkbox"/> 1. 不能 (自力で立位が保てない)<br><input type="checkbox"/> 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<br><input type="checkbox"/> 3. 自力 (一本人杖を含む) で歩行することができる<br>(4) 療養管理 <input type="checkbox"/> 1. 終日臥床<br><input type="checkbox"/> 2. 行動範囲は自宅、病棟内のみ<br>備考: 今後6ヶ月以内における上記記載の有無 (理由)<br>有 無 |
| 10 | 同一災害による「せき翻損傷」以外の障害の概要                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 11 | 現在その治療の必要とする点<br>(1) 入院 要・否<br>(2) 運動器系及び褥創に対する治療 要・否<br>(3) 泌尿器系に対する治療 要・否                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 12 | その他参考事項<br>(1) 本症と関係のない傷病に関する所見及び治療<br>(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

病名

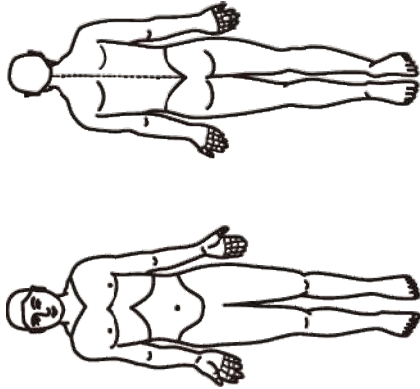
病院又は診療所の名称

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     |            | (じせき髄損傷 肺 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                               |                                                                                    |   | 負傷年月日     | 年 月 日      |                |  |
|                                       |                                                                                    | 4 | 初診年月日     | 年 月 日      |                |  |
| 5 過去1年間に<br>おける療養の<br>内容及び経過<br>の 概 要 | (治療を受けた期間 自 年 月 日 至 年 月 日<br>(主たる治療及び経過)                                           |   |           |            |                |  |
| 6 主 訴<br>(列挙して下下さい)                   |                                                                                    |   |           |            |                |  |
| 7 他 覚 的<br>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。)<br>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<br>電図、脳波及び<br>筋電図等の所<br>見<br>〔視機能又は聴機<br>能に障害がある場<br>合にはその検査<br>所見〕                 | 検査年月日 ( . . . )                       |                                                                                                                                        |      |   |
| 9 その他の主要な<br>検査成績所見                                                                           | 検査年月日 ( . . . )                       |                                                                                                                                        |      |   |
| 10 日 常 生 活<br>の 状 況<br>〔該当する項目の<br>項目にしを記入<br>して下さい。〕                                         | (1) 行動能力                              | <input type="checkbox"/> ① 終日臥床<br><input type="checkbox"/> ② 自宅、病棟内でのみ行動できる<br><input type="checkbox"/> ③ 通院(単独歩行)できる                 | 理由   |   |
|                                                                                               | (2) 食 事                               | <input type="checkbox"/> ① 全く自用を弁じない<br><input type="checkbox"/> ② 他人の介助によってできる<br><input type="checkbox"/> ③ 支障がない                    | 理由   |   |
|                                                                                               | (3) 用 便                               | <input type="checkbox"/> ① 全く自用を弁じない<br><input type="checkbox"/> ② 他人の介助によってできる<br><input type="checkbox"/> ③ 支障がない                    | 理由   |   |
|                                                                                               | (4) 精神能力                              | <input type="checkbox"/> ① 常に他人の嚴重な注意を要する<br><input type="checkbox"/> ② 随時他人の注意を要する<br><input type="checkbox"/> ③ 通院可能であるが就労できない       | 理由   |   |
|                                                                                               | (5) 言語能力                              | <input type="checkbox"/> ① 完全な失語あるいは構音機能のそう失<br><input type="checkbox"/> ② 他人との間でようやく意思を通じあうことができる<br><input type="checkbox"/> 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 |
| 11 今後の治療<br>の要否とその<br>概要                                                                      | 入院<br>要<br>否                          | 治療<br>要<br>否                                                                                                                           | (概要) |   |
| 12 そ の 他 の<br>参 考 事 項                                                                         | (1) 3の傷病と関係ない傷病の状態と治療<br>(2) 既往症、既存障害 |                                                                                                                                        |      |   |
| 13 今後6ヶ月間の療養等の見通し<br>〔要入院、通院(全部休業を要す、一部休<br>業を要す等)、治ゆ(継続固定を含む。)<br>等の見通しについて具体的に記載して<br>下さい。〕 |                                       |                                                                                                                                        |      |   |
| 上記のとおり診断します。<br>年 月 日 所 在 地 千<br>病院又は診療所の 名 称<br>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)

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<br>大正<br>昭和<br>平成<br>令和 | 年 月 日          |
| ③ 負傷(発症)<br>年 月 日                           | 昭和<br>平成<br>令和                              | 年 月 日                                                                                                                                                            | ④ 治 癒<br>年 月 日             | 昭和<br>平成<br>令和 |
| ⑤ 傷 病 名                                     |                                             |                                                                                                                                                                  |                            |                |
| ⑥ 障害の部位                                     |                                             |                                                                                                                                                                  |                            |                |
| ⑦ 障害<br>の<br>状<br>態<br>の<br>詳<br>細          |                                             |                                                                                                                                                                  |                            |                |
|                                             | 検査の<br>結果<br>の<br>計測<br>又は<br>検査<br>の<br>種類 | 計 測 又 は 検 査 の 結 果                                                                                                                                                |                            |                |
|                                             |                                             |                                                                                                                                                                  |                            |                |
|                                             |                                             |                                                                                                                                                                  |                            |                |
|                                             |                                             |                                                                                                                                                                  |                            |                |
| ⑧ 日常生活の状況<br>(該当する事項の<br>項目に✓を記入し<br>て下さい。) | (1) 行 動 能 力                                 | <input type="checkbox"/> ①終日臥床<br><input type="checkbox"/> ②自宅、病棟内でのみ行動できる<br><input type="checkbox"/> ③通院(単独歩行)できる                                              |                            |                |
|                                             | (2) 食 事                                     | <input type="checkbox"/> ①全く自用を弁じない<br><input type="checkbox"/> ②他人の介助によってできる<br><input type="checkbox"/> ③支障がない                                                 |                            |                |
|                                             | (3) 用 便                                     | <input type="checkbox"/> ①全く自用を弁じない<br><input type="checkbox"/> ②他人の介助によってできる<br><input type="checkbox"/> ③支障がない                                                 |                            |                |
|                                             | (4) 精 神 能 力                                 | <input type="checkbox"/> ①常に他人の嚴重な注意を要する<br><input type="checkbox"/> ②随時他人の注意を要する<br><input type="checkbox"/> ③通院可能であるが就労できない<br><input type="checkbox"/> ④支障がない |                            |                |
|                                             | (5) 言 語 能 力                                 | <input type="checkbox"/> ①完全な失語あるいは構音機能のそう失<br><input type="checkbox"/> ②他人との間でようやく意思が通じあ<br>うことができる<br><input type="checkbox"/> 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。

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

| 項目及び部位  | 発現     | 程度<br>(レイノ-現象に<br>ついては頻度) | レイノ-現象<br>の<br>確認                                                                   | 自訴がある・確認<br>が未確認・確認<br>( )                                                          |
|---------|--------|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| レイノ-現象  | 無・有    | 回/日・週・月・年<br>時期:          | (右)                                                                                 | (左)                                                                                 |
| 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    | 土・十・十・十・十                 |                                                                                     |                                                                                     |
| 総合評価    | SC ( ) |                           |                                                                                     |                                                                                     |

(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のはきり示すこと)。(注2)

レイノ-現象(赤色) V V V 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 (十) ある

(一) なし、なしである  
(二) かなりある  
(三) 多少ある

(注3) 総合評価は次の区分により記入すること。

$$S_0 = \begin{pmatrix} - & + \\ - & + \end{pmatrix} \quad S_1 = \begin{pmatrix} + \\ + \end{pmatrix}$$
$$S_2(\pm) = S_2(\mp)$$

— I —

| 項目及び部位    | 発現   | 程度        |
|-----------|------|-----------|
| 知覚鈍麻      | 左    | 土・十・十・十・十 |
|           | 右    | 土・十・十・十・十 |
| 手指・前腕のしびれ | 左    | 土・十・十・十・十 |
|           | 右    | 土・十・十・十・十 |
| 手指・前腕の痛み  | 左    | 土・十・十・十・十 |
|           | 右    | 土・十・十・十・十 |
| その他( )    | 無・有  | 土・十・十・十・十 |
| 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(何節までかまはつきり示すこと)。



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。

(土) わずかにある

(十) 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<sub>0</sub> = (一、土)

S<sub>1</sub> = (十)

S<sub>2</sub> = (++)

S<sub>3</sub> = (++)

(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  
までかものはつきり示すこと)。

(注2) 程度の評価は、次の区分により記入すること。

(注3) 総合評価は次の区分により記入すること。

$$S = (-, +)$$
$$S_1 = (+)$$
$$S_2 = (++)$$
$$S_3 = (\# \#)$$

### (1) 指、関節の症状

漢 文 學 史

| 区 分 | 変 形<br>(驚 手)  | 紙ハサミ力<br>低 下  | 尺 骨 神 經 溝     |               |               |       |
|-----|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|-------|
|     |               |               | 圧 痛           | 肥 厚           | 脱 臼           | 放 散 痛 |
| 左   | 一・土・十・十・十・十・十 | 一・土・十・十・十・十・十 | 一・土・十・十・十・十・十 | 一・土・十・十・十・十・十 | 一・土・十・十・十・十・十 |       |
| 右   | 一・土・十・十・十・十・十 | 一・土・十・十・十・十・十 | 一・土・十・十・十・十・十 | 一・土・十・十・十・十・十 | 一・土・十・十・十・十・十 |       |

| 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回經過觀察)

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( ) |
|----|--------|
|    |        |

手術療法  
の要否

|       |
|-------|
| 不要・要否 |
|-------|

| 区 分         | 指                      |                          | 手               |                 | 腕               |                 | 肘               |                 | 節 節     |
|-------------|------------------------|--------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|---------|
|             | 左                      | 右                        | 左               | 右               | 左               | 右               | 左               | 右               |         |
| 変 形         | 一・十 ( )                | 一・十 ( )                  | 一・十             | 一・十             | 一・十             | 一・十             | 一・十             | 一・十             |         |
| 腫 脹         | 一・十・十・十・十・十<br>( )     | 一・十・十・十・十・十・十・十<br>( )   | 一・十・十・十・十・十・十・十 | 一・十・十・十・十・十・十・十 | 一・十・十・十・十・十・十・十 | 一・十・十・十・十・十・十・十 | 一・十・十・十・十・十・十・十 | 一・十・十・十・十・十・十・十 |         |
| 圧 痛         | 一・十・十・十・十・十・十・十<br>( ) | 一・十・十・十・十・十・十・十・十<br>( ) | 一・十・十・十・十・十・十・十 | 一・十・十・十・十・十・十・十 | 一・十・十・十・十・十・十・十 | 一・十・十・十・十・十・十・十 | 一・十・十・十・十・十・十・十 | 一・十・十・十・十・十・十・十 |         |
| 運 動 痛       | 一・十・十・十・十・十・十・十<br>( ) | 一・十・十・十・十・十・十・十・十<br>( ) | 一・十・十・十・十・十・十・十 | 一・十・十・十・十・十・十・十 | 一・十・十・十・十・十・十・十 | 一・十・十・十・十・十・十・十 | 一・十・十・十・十・十・十・十 | 一・十・十・十・十・十・十・十 |         |
| 運動痛の状況      |                        |                          |                 |                 |                 |                 |                 |                 |         |
| 関 節 の 可 動 域 | 背 屈<br>(又は伸展)          | ( ) ( )                  | ( ) ( )         | ( ) ( )         | ( ) ( )         | ( ) ( )         | ( ) ( )         | ( ) ( )         | ( ) ( ) |
|             |                        | ( ) ( )                  | ( ) ( )         | ( ) ( )         | ( ) ( )         | ( ) ( )         | ( ) ( )         | ( ) ( )         | ( ) ( ) |
|             | 掌 屈<br>(又は屈曲)          | ( ) ( )                  | ( ) ( )         | ( ) ( )         | ( ) ( )         | ( ) ( )         | ( ) ( )         | ( ) ( )         | ( ) ( ) |
|             |                        | ( ) ( )                  | ( ) ( )         | ( ) ( )         | ( ) ( )         | ( ) ( )         | ( ) ( )         | ( ) ( )         | ( ) ( ) |
| 前 腕         | 回内                     |                          |                 |                 |                 |                 |                 | ( ) ( )         | ( ) ( ) |
| 後 腕         | 回外                     |                          |                 |                 |                 |                 |                 | ( ) ( )         | ( ) ( ) |
| 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。

(一) ない

(+) ある

(三) 以上ある

(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。

### (1) 常溫下檢查

|        |         |   |
|--------|---------|---|
| 室 温    | ℃ 気 温   | ℃ |
| 痛覚計の型式 | 検 査 者 名 |   |
| 検査年月日  | 年 月 日   |   |

(注3) 総合評価は次の区分により記入すること。

$$L_2 = (++) \quad L_3 = (++)$$
$$L_2 = (++) \quad L_3 = (++)$$

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

|           |       |             |   |
|-----------|-------|-------------|---|
| 室 温       | ℃     | 気 温         | ℃ |
| 負 荷 温 度   | ℃     | 痛 覺 計 の 型 式 |   |
| 検 査 年 月 日 | 年 月 日 | 検 査 者 名     |   |

(注3) 総合評価は次の区分により記入すること。

$$I_2 = \begin{pmatrix} + & + \\ + & + \end{pmatrix} \quad I_3 = \begin{pmatrix} + & + & + \\ + & + & + \\ + & + & + \end{pmatrix}$$
$$I_2 = \begin{pmatrix} + & + \\ + & + \end{pmatrix} \quad I_3 = \begin{pmatrix} + & + & + \\ + & + & + \\ + & + & + \end{pmatrix}$$

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                       |           |   |                |       |       |  |
| 瞬 発 握 力                     | [ 利 き 手 ] |   | 瞬 発 握 力 ( kg ) | 1 回 目 | 2 回 目 |  |
|                             | 左         | 右 |                |       |       |  |
|                             | 血 圧       | ～ |                | mmHg  |       |  |
| 振動障害以外の<br>他の疾病の有無<br>及び疾病名 | 無・有 ( )   |   |                |       |       |  |
| そ の 他                       |           |   |                |       |       |  |

(注1)「エックス線」の検査は、原則として3～5年に1回(必要に応じて1年に1回)とすること。  
(注2)「瞬発握力」は、握力検査の最初の2回の大きい方の値とすること。  
(注3)「その他」は、サーモグラフィ検査、指尖容積脈波検査、血管造影検査、体性感覚誘発電位検査、  
神経伝導速度検査、筋電図検査、手指の運動等必要と思われる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<br>身体所見                                | 検査成績           | 自覚症状<br>身体所見   | 検査成績           |
|     |                                             | S ( )<br>L ( ) | L ( )<br>S ( ) | S ( )<br>L ( ) |
| 定   | 運 動 器 障 害                                   |                |                |                |
|     | 1. 疾病の有無<br>無・有 ( )<br>2. 手術的療法<br>不要・要 ( ) |                |                |                |

7. 総合意見等

|                           |  |
|---------------------------|--|
| 治療内容、治<br>療経過等につ<br>いて    |  |
| 症状経過、治<br>療効果等につ<br>いての意見 |  |

令和 年 月 日  
診療機関  
医師氏名

| 振 動 障 害 に 関 す る 意 見 書     |                    |                      |  |
|---------------------------|--------------------|----------------------|--|
| 1<br>氏 名                  | 2<br>生年月日<br>(男・女) | 大 正 昭 和 平 成<br>年 月 日 |  |
| 3<br>住 所                  |                    |                      |  |
| 4 現 在 の 自 覚 症 状 と 検 査 所 見 |                    |                      |  |
| 末 梢 循 環 障 害               |                    | V ( S )              |  |
| 末 梢 神 経 障 害               |                    | N ( S )              |  |
| 運 動 器 障 害                 |                    | N ( L )              |  |
| 自覚症状                      |                    | 障害 有 無               |  |
| 検査所見                      |                    | 手術 要 否               |  |

(物品番号822171)

|                   |             |                    |
|-------------------|-------------|--------------------|
| 5 当 院 に お け る 経 過 | 末 梢 循 環 障 害 | 自覚症状の経過<br>検査所見の経過 |
|                   | 末 梢 神 経 障 害 | 自覚症状の経過<br>検査所見の経過 |
|                   | 運 動 器 障 害   | 自覚症状の経過<br>検査所見の経過 |

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

上記のとおり意見を申し述べます。

令和 年 月 日

病院又は診療所の所在地

名称

診断医師名

(氏名印又は署名)

( 印 )

令和 年 月 日

殿

労働基準監督署長 殿

令和 年 月 日

【別紙】

労働基準監督署長

医療機関名 \_\_\_\_\_  
医師氏名 \_\_\_\_\_

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、当署で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推進するため、療養開始後（6か月・1年）を経過した下記1の傷病労働者の症状等を把握する必要があります。  
つきましては、ご多忙のところ恐縮ではありますが、下記2の照会事項について「別紙」により令和〇〇年〇〇月〇〇日までご回答いただきますようお願いいたします。  
なお、労災保険における「治ゆ」の取扱いについては、裏面の「労災保険における「治ゆ」（症状固定）の取扱い」のとおりであり、それ以上の治療の効果が期待できない状態を意味し、後遺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）給付を行うこととなっております。

記

1 傷病労働者

(1) 労働保険番号   〇〇-〇〇-〇〇-〇〇〇〇〇〇〇-〇〇〇〇   (生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日生)

(2) 氏 名   \_\_\_\_\_   (生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日生)

2 照会事項

(1) 傷病名について

(2) 初診時から現在までの療養及び症状の経過について  
(治療内容と治療の効果をまとめてご回答をお願いします。)

(3) 現在の症状に係る所見について  
(症状が安定しているか、症状が安定していないとすれば、その原因を含めてご回答をお願いします。)

(4) 今後も療養が必要な場合は、今後の具体的な治療方針及び手術等の予定について

(5) 治ゆ（症状固定）の見込時期について  
(照会時、すでに治ゆ（症状固定）となっている場合は、その年月日をご記入ください。)

(6) 治ゆ（症状固定）後に予想される残存障害の有無について  
(照会時、すでに治ゆ（症状固定）となっている場合は、残存した障害についてご記入ください。)

(7) 休業の必要性の有無について  
(就労の可否及び就労可能な労働負荷の程度（重筋労働・軽作業・事務作業の可否）等、療養を継続しながら就労の可否等、休業が必要な場合は、その理由を含めてご回答をお願いします。)

(8) その他の参考事項について

症状等の照会に対する回答

令和〇〇年〇〇月〇〇日付けで照会がありました下記1の傷病労働者の症状等について、下記2の通り回答します。

記

1 傷病労働者

氏 名   \_\_\_\_\_   (生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日生)

2 照会事項に対する意見等

|                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (1) 傷病名について                                                                                                 |
| (2) 初診時から現在までの療養及び症状の経過について<br>(治療内容と治療の効果をまとめてご回答をお願いします。)                                                 |
| (3) 現在の症状に係る所見について<br>(症状が安定しているか、症状が安定していないとすれば、その原因を含めてご回答をお願いします。)                                       |
| (4) 今後も療養が必要な場合は、今後の具体的な治療方針及び手術等の予定について                                                                    |
| (5) 治ゆ（症状固定）の見込時期について<br>(照会時、すでに治ゆ（症状固定）となっている場合は、その年月日をご記入ください。)                                          |
| (6) 治ゆ（症状固定）後に予想される残存障害の有無について<br>(照会時、すでに治ゆ（症状固定）となっている場合は、残存した障害についてご記入ください。)                             |
| (7) 休業の必要性の有無について<br>(就労の可否及び就労可能な労働負荷の程度（重筋労働・軽作業・事務作業の可否）等、療養を継続しながら就労の可否等、休業が必要な場合は、その理由を含めてご回答をお願いします。) |
| (8) その他の参考事項について                                                                                            |

殿

労働基準監督署長

症状等の照会について

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、先に下記1の傷病労働者の症状等について、令和 年 月 日付けで照会させていただきました結果、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。  
このご回答によりまずと「治ゆ（症状固定）の見込時期は令和 年 月 頃」とされており、その時期が到来しましたので、あらためて現在の症状・治療内容及び症状固定等について把握する必要があります。

つきましては、ご多忙のところ恐縮ではありますが、下記2の照会事項について「別紙」により令和○年○月○日までご回答いただきますようお願いいたします。  
なお、労災保険における「治ゆ」の取扱いについては、裏面の「労災保険における「治ゆ」（症状固定）の取扱い」のとおりであり、それ以上の治療の効果が期待できない状態を意味し、後遺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）給付を行うこととなっております。

記

1 傷病労働者

- (1) 労働保険番号 □□-□-□□-□□□□□□-□□□□ (生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日生)
- (2) 氏 名 \_\_\_\_\_

2 照会事項

- (1) 現在の療養の状況（治ゆ（症状固定）、中止、療養継続の別）  
（治ゆ（症状固定）となっている場合は、その年月日と残存した後遺障害を、中止となっている場合は、その年月日をご記入ください。）

- (2) 療養を継続している場合は、以下についてご回答をお願いします。

- ① 前回照会時から現在までの療養及び症状の経過について  
（治療内容及治療の効果、療養が長期化している要因等を含めてご回答をお願いします。）
- ② 現在の症状に係る所見について  
（症状が安定しているか、症状が安定していないとすれば、その原因を含めてご回答をお願いします。）
- ③ 今後も療養が必要な場合は、今後の具体的な治療方針及び手術等の予定について  
（就労の可否及び就労可能な労働負荷の程度（重筋労働・軽作業・事務作業の可否）等、療養を継続しながらの就労の可否等、休業が必要な場合は、その理由を含めてご回答をお願いします。）
- ④ 治ゆ（症状固定）の見込時期について
- ⑤ 治ゆ（症状固定）後に予想される残存障害の有無について
- ⑥ 休業の必要性の有無について  
（就労の可否及び就労可能な労働負荷の程度（重筋労働・軽作業・事務作業の可否）等、療養を継続しながらの就労の可否等、休業が必要な場合は、その理由を含めてご回答をお願いします。）
- ⑦ その他の参考事項について

【別紙】

労働基準監督署長 殿

医療機関名 \_\_\_\_\_  
医師 氏 名 \_\_\_\_\_

症状等の照会に対する回答

令和○年○月○日付けで照会がありました下記1の傷病労働者の症状等について、下記2のとおり回答します。

記

1 傷病労働者

- 氏 名 \_\_\_\_\_ (生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日生)
- 現在の傷病名 \_\_\_\_\_

2 照会事項に対する意見等

- (1) 現在の療養の状況（治ゆ（症状固定）、中止、療養継続の別）  
（治ゆ（症状固定）となっている場合は、その年月日と残存した後遺障害を、中止となっている場合は、その年月日をご記入ください。）

- (2) 療養を継続している場合

- ① 前回照会時から現在までの療養及び症状の経過について  
（治療内容及治療の効果又は治療目的、療養が長期化している要因等を含めてご回答をお願いします。）
- ② 現在の症状に係る所見について  
（症状が安定しているか、症状が安定していないとすれば、その原因を含めてご回答をお願いします。）

- ③ 今後も療養が必要な場合は、今後の具体的な治療方針及び手術等の予定について

- ④ 治ゆ（症状固定）の見込時期について

- ⑤ 治ゆ（症状固定）後に予想される残存障害の有無について

- ⑥ 休業の必要性の有無について  
（就労の可否及び就労可能な労働負荷の程度（重筋労働・軽作業・事務作業の可否）等、療養を継続しながらの就労の可否等、休業が必要な場合は、その理由を含めてご回答をお願いします。）

- ⑦ その他の参考事項について

