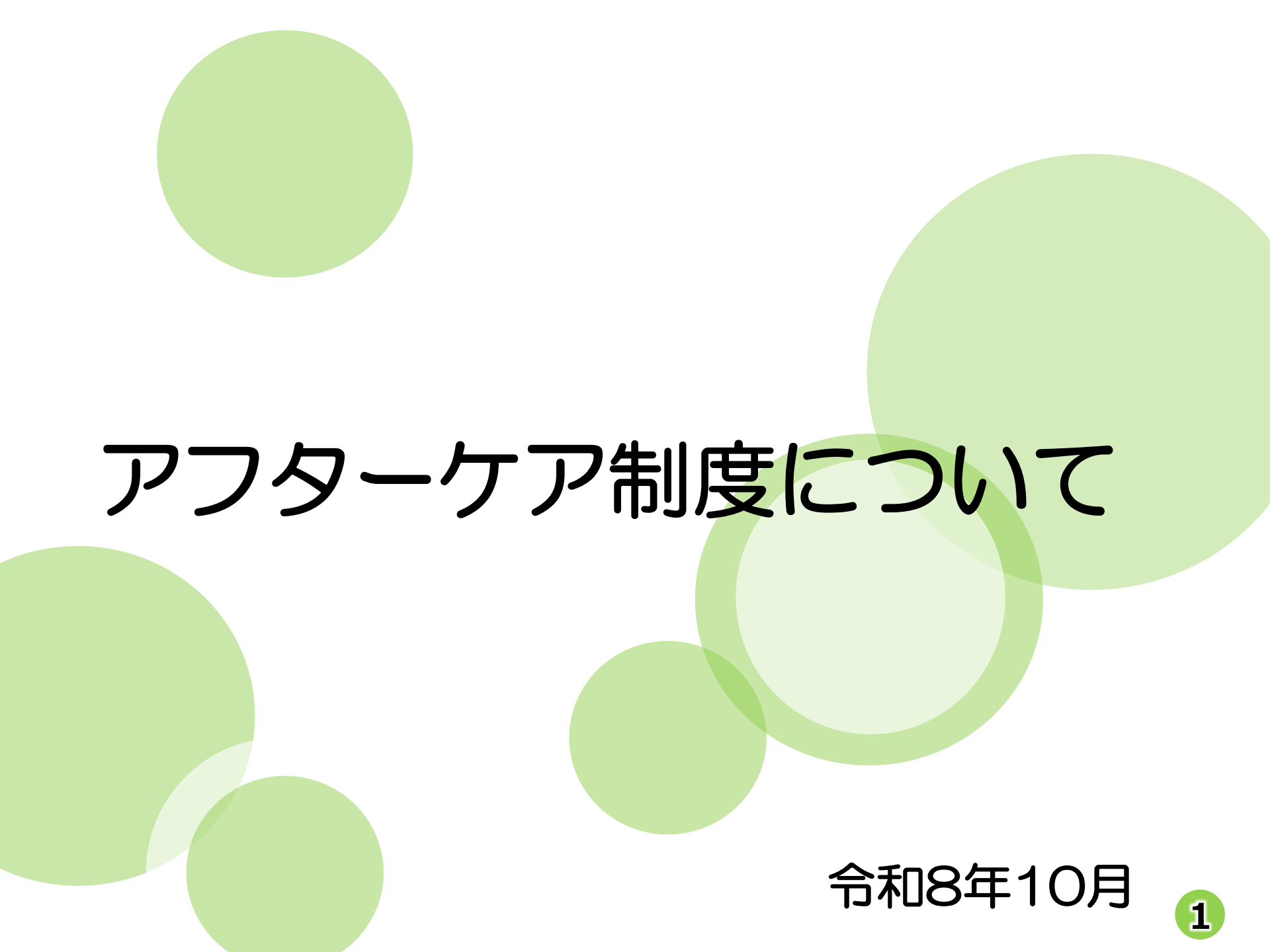




アフターケア制度について

令和8年10月

アフターケアとは

労災保険制度では、業務災害又は通勤災害により被災された方に対して、その方の症状が固定（治ゆ）した後においても、後遺症状に動揺をきたしたり、後遺障害に付随する疾病を発症させるおそれがあることから、必要に応じ予防その他の保健上の措置として、「アフターケア」を実施しています。

アフターケアは、対象となる20傷病（コードは31種類）について、1か月に1回（6か月に1回も有）程度の診察、保健指導及び検査等一定の範囲内で必要な措置を行うものです。

アフターケア手帳番号の確認

291

労働保険番号

被災時の所属事業場
名称

所在地

被災年月日

療養期間

療養開始

症状固定（治ゆ）

障害等級 第 ☐ 級

症状固定（治ゆ）時における障害の部位・状態

労働者災害補償保険

アフターケア手帳番号

アフターケア手帳

交付

有効期限

氏名

厚生労働省

労働局長 印

生年月日

住所

手帳有効期限

カナ

氏名

号

番 号	
カ ナ	
氏 名	
生年月日	
住 所	
有効期限	
手帳有効期限	
労働局長 印	

労働保険番号	
被災時の所属事業場 名 称	
所在地	
被災年月日	
療養期間	
療養開始	
症状固定（治ゆ）	
障害等級	第 ☐ 級
症状固定（治ゆ）時における障害の部位・状態	

労働者災害補償保険

アフターケア手帳番号

アフターケア手帳

交
有 効 期 限

氏 名

有効期限の確認をお願い致します。

手帳の有効期限

番号		労働保険番号
カナ		
氏名		被災時の所属事業場 名称
生年月日		所在地
住所		
手帳有効期限		被災年月日
交付年月日		療養期間
		療養開始
		症状固定（治ゆ）
		障害等級 第 ☐ 級
		症状固定（治ゆ）時における障害の部位・状態
労働局長 印		

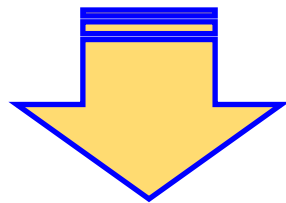
手帳の交付年月日

新規手帳交付の場合、交付年月日は原則として対象者が労働局又は監督署に手帳交付の申請を行った日以降の日付となります（症状固定日の翌日ではありません）。

※交付年月日より前の日付に実施したアフターケアは認められません（薬剤の支給も同様です）。

アフターケア手帳の更新について

アフターケア手帳有効期限1か月前から更新手続きを行っていますので、有効期限1か月前の受診者には、更新の有無について確認をお願い致します。



有効期限が切れた手帳を提示した場合及び有効期限前に更新をした場合の旧アフターケア手帳は無効となります。

アフターケアの記録

[illegible]

受診年月日、措置を行った内容を簡単に記載してください。（ex.検査、薬剤処方）

アフターケア傷病コード（１）

② アフターケア手帳番号

西暦年	所轄局	傷病番号	振出番号	枝番号

アフターケアの傷病ごとの処置・検査・保健のための薬剤等を確認してください。

アフターケア傷病コード（２）

0 0	炭鉱災害による一酸化炭素中毒
0 1	せき髄損傷
0 5	白内障等の眼疾患
0 6	振動障害
0 7	大腿骨頸部骨折及び股関節脱臼・脱臼骨折
0 8	人工関節・人工骨頭置換
0 9	慢性化膿性骨髄炎
1 1	尿路系腫瘍
1 4	外傷による末梢神経損傷
1 5	熱傷
1 6	サリン中毒
1 7	精神障害
1 9	呼吸機能障害
2 0	消化器障害

2 1	頭頸部外傷症候群等（頭頸部外傷症候群）
2 2	頭頸部外傷症候群等（頸肩腕障害）
2 3	頭頸部外傷症候群等（腰痛）
2 4	尿路系障害（尿道狭さく及び尿路変向術後）
2 5	尿路系障害（代用膀胱造設後）
2 6	慢性肝炎（HB e抗原陽性及びC型肝炎ウイルス感染）
2 7	慢性肝炎（HB e抗原陰性）
2 8	虚血性心疾患等（虚血性心疾患）
2 9	虚血性心疾患等（ペースメーカー及び除細動器）
3 0	脳の器質性障害（一酸化炭素中毒（炭鉱災害を除く））
3 1	脳の器質性障害（外傷による脳の器質的損傷）
3 2	脳の器質性障害（減圧症）
3 3	脳の器質性障害（脳血管疾患）
3 4	脳の器質性障害（有機溶剤中毒等）
3 5	循環器障害（弁損傷及び心膜病変）
3 6	循環器障害（人工弁置換後）
3 7	循環器障害（人工血管置換後）

〈参考〉

アフターケア制度のパンフレット（厚生労働省HPに掲載）

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000065527_00004.html

アフターケア手帳番号の枝番号

② アフターケア手帳番号

西 暦 年	所 轄 局	傷 病 番 号	振 出 番 号	枝 番 号

枝番号は更新の都度が変わります。

対象となる傷病コードの記載

病床数の記載

ア
●
委
託
費
請
求
内

受診者の氏名				病院等の名称			
対象となるアフターケア傷病コード	—			裏面の表の傷病コードを記入してください。	傷病の経過		
病床数	床	前回の検査年月日	年	月	日		
診療内訳				初診	時間外	回数	
				再診	時間外	回数	
				外来			
				診療			
保指健導				要			
投薬	屯服薬剤	単位					
	外用薬剤	単位					
	調剤	回数					
	処方	回数					
	麻毒	回数					
	調剤						

対象の傷病コードを記載してください

**病床数を記入してください
※記載漏れに注意。病床なしの場合は「0」と記載。**

特定疾患療養管理料

ア ● 委 託 費 請 求 内	受診者の氏名						
	対象となる アフターケア傷病コード						
	病床数	床					
	診療内訳			診療内訳			金額
	初診	時間外		初診			
	再診	時間外	回	再診			
	外来						
	診療料	時間外	回				
	保指 健導						
	投薬	内服薬剤 調剤 屯服薬剤 外用薬剤 調剤 処方 麻毒 調剤	単位 回 単位 単位 回				

B000 特定疾患療養管理料
月2回を限度に算定可
 アフターケアの対象傷病が健保点数表に定める特定疾患に
 該当するか否かは問わない。

診療所	<u>225点</u>
100床未満	<u>147点</u>
100～200床未満	<u>87点</u>
200床以上	<u>算定不可</u>

なお、「特定疾患処方管理料」の算定については、健保準拠。

レセプトは診療日毎に1枚作成

1人に対して複数枚になることもあります。

③ 診察年月日

7平成 元号 年 月 日
9令和

年・月・日はそれぞれ右詰め

⑤ 検査年月日（健康診断年月日）

7平成 元号 年 月 日
9令和

年・月・日はそれぞれ右詰め

⑨ 合計額

百 千 円

(イ) + (四)

标准字体 0123

② 承受年月
9 令租 元 年 月 日

③ 指定病院等の番号

④ 請 求 金 額	⑤ 內 附 書 函 付 枚 數
-----------	-----------------

金額の順に＼マークを付けてください。

⑥ 请求年 ⑦ 请求月

9 台和 年 月分

請求書の請求年
内訳書の診察年月日
検査年月日は
元号(令和は9)を必ずご記入
ください

帳票種別

修正項目番号

① 支払額
 百万 千 円

② アフターケア手帳番号

西暦年	所轄局	傷病番号	振出番号	枝番号

③ 診断年月日
 7 平成 年 月 日
 9 令和 年 月 日
 年・月・日はそれぞれ右詰め

⑤ 検査年月日 (健康診断年月日)
 7 平成 年 月 日
 9 令和 年 月 日
 年・月・日はそれぞれ右詰め

⑥ 合計額
 百万 千 円
 (f) + (d)

④ 査定額
 + 増 百万 千
 - 減 百万 千

⑥ 増減理由

⑦ 処理区分
 9 令和

修正欄

◆ 注 意 事 項 ◆

- 初診時ブラッシング料
- 再診時療養指導管理料
- 外来管理加算
- 在宅自己導尿指導管理料
- てんかん指導料 等

算定
不可

※健保点数表の『在宅医療』は算定出来ない
(特殊カテゴリー加算 等)

減額査定した事例について

- HbA1c、骨塩定量検査など私病に対する検査
- せき髄損傷に対する点滴や注射（処置の範囲と認められていません。）、D215超音波検査（なお、超音波による残尿測定検査は算定可）
- 外傷による末梢神経損傷に対する1か月3回目以降のブロック注射（1, 2回目についても医師がやむを得ないと判断した場合に限ります。）
- 眼疾患に対する眼底カメラ、眼底三次元画像解析、角膜曲率半径計測（算定できる検査は7つに限られています。）

診察回数について

振動障害に関するアフターケア (コード No.06)

〈抜粋〉アフターケアパンフレット

趣 旨

振動障害にり患した方は、症状固定後も季節の変化等に伴い、後遺症状に動揺をきたす場合が見られることから、アフターケアを行います。

対 象 者 (以下のすべてを満たす方が対象)

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

措 置 範 囲

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

アフターケアの診察回数については、各傷病区分により限度が定められていますので、計画的に診察を行ってください。

アフターケア対象外の診療費及び 薬剤の処方について

労災保険は、請求があった薬局から直接査定します。誤って私病分を含んで処方されていたことにより薬剤費が査定となる事案が見受けられます。

私病がある場合には、労災と健保の処方箋を必ず分けてください。

アフターケアの実施期間の更新に関する診断書

氏名	生年月日	(元号) 年 月 日	男・女
1 対象傷病名			
2 最近1年間の診察実施回数： 月に 回程度 (例えば、「1か月に1回程度」、「1か月に2回程度」、「3か月に1回程度」と記入してください。また、最近1年間に診察がなかった場合は、「12か月に0回程度」と記入してください。)			
3 後遺症状の状態 (1) 現在における後遺症状の状態(具体的に記載してください。)：			
※ (2) 後遺症状の動揺のおそれ(該当する番号を○で囲んでください。) ① あり (a：治ゆ時より減少 b：治ゆ時と同程度 c：治ゆ時より増大) ② なし (3) 後遺障害に付随する疾病の発症のおそれ(該当する番号を○で囲んでください。) ① あり (a：治ゆ時より減少 b：治ゆ時と同程度 c：治ゆ時より増大) ② なし (2)及び(3)については、「① あり」の場合には、それぞれの「おそれ」の程度が治ゆ時と比較してどのような状態にあるか、括弧内の該当する記号を○で囲んでください。			

(※)「後遺症状の動揺」とは、後遺症状の程度の増減又は変動をいいます。

4 実施期間の更新の必要性(該当する番号を○で囲んでください。)

① あり ② なし

※ 「① あり」又は「② なし」とする理由を以下に具体的に記述してください。

「① あり」の場合は、「(2) 今後予想される必要とする診察実施回数」を記入してください。

(1) 上記の理由：

(2) 今後予想される必要とする診察実施回数： 月に 回程度

上記のとおり診断します。

(元号)

年 月 日

実施医療機関等
名 称

所在地

診療科

医師名

診断書（表面）下部

- ※
- (2) 後遺症状の動揺のおそれ（該当する番号を○で囲んでください。）
- ① あり（a：治ゆ時より減少 b：治ゆ時と同程度 c：治ゆ時より増大）
- ② なし
- (3) 後遺障害に付随する疾病の発症のおそれ（該当する番号を○で囲んでください。）
- ① あり（a：治ゆ時より減少 b：治ゆ時と同程度 c：治ゆ時より増大）
- ② なし
- （2）及び（3）については、「① あり」の場合には、それぞれの「おそれ」の程度が治ゆ時と比較してどのような状態にあるか、括弧内の該当する記号を○で囲んでください。

診断書（裏面）上部

- 4 実施期間の更新の必要性（該当する番号を○で囲んでください。）
- ① あり ② なし
- ※ 「① あり」又は「② なし」とする理由を以下に具体的に記述してください。
- 「① あり」の場合は、「（2）今後予想される必要とする診察実施回数」を記入してください。
- （1）上記の理由：

「○印」及び「上記の理由」について、
記載漏れがないかご確認ください。

アフターケア診断書の文書料について

令和8年6月1日より、新たに「アフターケア実施機関の更新に関する診断書」について、1通につき5,000円請求できるようになりました。

託 費 請 求 内	診 療 内 訳			点 数 (点)	診 療 内 訳			金 額
	初 診	時間外	回		初 診	年 月 日	円	
	再 診	時間外	回		再 診	年 月 日	円	
	外 来				小 計		(口) 円	
	診療料	時間外	回					
	保指 健導				摘 要			
	投	内服薬剤	単位		診断書料 5,000円			
	薬	調剤	回					
	屯服薬剤	単位						

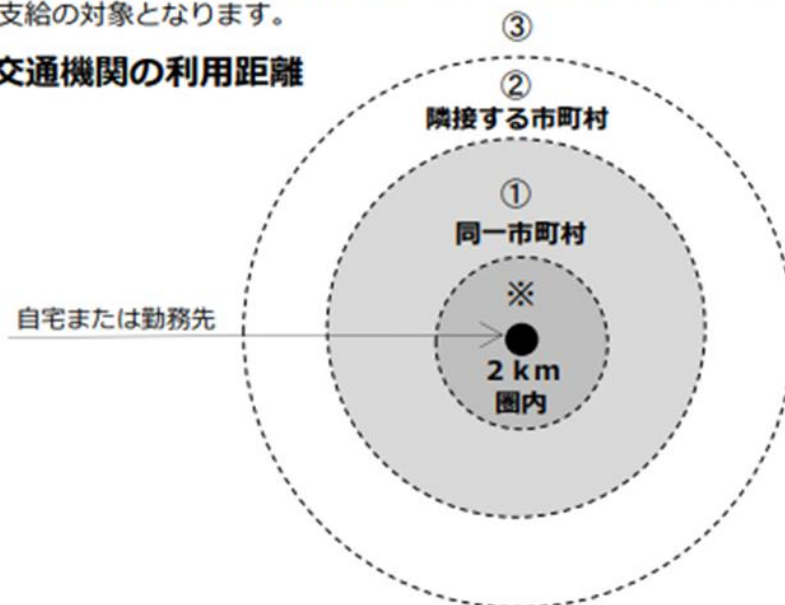
診療内訳の「摘要」欄に「診断書料 5,000円」と記載し、労働局へ請求してください。

アフターケア通院費

自宅または勤務先から、鉄道、バス、自家用車などを利用して片道2キロメートル以上、

- ① 同一市町村内にあるアフターケアを受けることができる医療機関へ通院するとき
 - ② 同一市町村内にあるアフターケアを受けることができる医療機関がないため、または隣接する市町村の医療機関の方が通院しやすいため、隣接する市町村のアフターケアを受けることができる医療機関へ通院するとき
 - ③ 同一市町村にも隣接する市町村内にもアフターケアを受けることができる医療機関がないため、それらの市町村以外の最寄りのアフターケアを受けることができる医療機関へ通院するとき
- ※ 片道2キロメートル未満であっても、ケガや病気の状態から鉄道、バス、自家用車などを利用しなければ通院することができない場合は支給の対象となります。

交通機関の利用距離



オンラインレセプト請求について

健康保険のオンライン請求でお使いのレセプトコンピュータを労災レセプト（アフターケア委託費を含む）対応に改修することでご利用できます。

オンライン請求をご希望の場合は、「（労災）電子情報処理組織の使用による費用の請求に関する届出」の提出をお願いします。

〈参考〉

（労災）電子情報処理組織の使用による費用の請求に関する届出
（厚生労働省HPに掲載）

https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/roudoukijun/rousai/rezeptssystem/documents.html

労災レセプトは オンライン請求が便利です

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

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

導入のメリット

1 査定結果・理由・支払額が分かります

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

2 事前にデータの不備をチェックできます

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

3 受付時間が延長されます

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

4 個人情報の流出防止などセキュリティが向上します

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

5 電子化による点数が算定できます

レセプト1件当たり、5点の労災電子化加算がされます。
（令和10年3月診療分までの予定です）
（薬剤費レセプトは対象となりません）

オンライン請求開始までの手続き

労災レセプトのオンライン請求は、すでに健康保険でオンライン請求を行っているレセプトコンピューターで行う必要があります。
労働局への届出後、ID・パスワードを取得して、ソフトウェアのインストールなどの設定作業、確認試験を実施し、オンライン請求ができるようになります。

届出書類の提出

都道府県労働局に届出書類を提出

※ 届出書類は、厚生労働省ホームページからダウンロードできます。

ID・パスワードの取得

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

設定作業・確認試験

レセプトコンピューターに「送信用ソフト」をセットアップして確認試験を実施

※ 設定作業は、厚生労働省ホームページにある「セットアップマニュアル」をご覧ください。
※ 確認試験は必ず実施してください。

オンライン請求の開始

5～10日にオンライン請求

※ 請求前に送信データにて受付前点検の実施をお願いします。

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

- 届出・設定などの詳細は、
厚生労働省ホームページをご覧ください。

労災レセプト電算処理システム 

- ご不明な点は、ヘルプデスクにお問い合わせください。
労災レセプト電算処理システム ヘルプデスク
フリーダイヤル 0120-631-660

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

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