

労 災 保 険

労 災 診 療 費 等 請 求 方 法 及 び 記 載 要 領

令和8年6月1日改訂

三 重 労 働 局

労災保険指定医療機関 各位

労災保険指定医療機関の担当医並びに事務担当の方々には、平素より労災保険行政の運営に格別のご理解とご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

労災診療費の算定方法は、原則として健康保険の診療報酬点数表に準拠することとしておりますが、一部には労災保険独自の算定基準が設けられ、これにより算定することとなっています。

今般、健康保険における診療報酬の算定方法が改定されましたので、労災診療費算定基準の一部を改めることとし、令和8年6月1日以降の診療に係るものから適用することとなりました。

本書は、労災診療費の請求方法及び記載要領について、実務上活用していただくために作成いたしました。

労災診療費算定基準、労災診療費算定マニュアル（令和8年6月版）及び各種様式につきましては、厚生労働省ホームページに掲載していますので、ご活用ください。

令和8年6月

三重労働局労働基準部労災補償課

主な改定点

1. 再診料を引き上げます
2. 入院時食事療養費を引き上げます
3. 療養の給付請求書取扱料を引き上げます
4. 各種文書料を引き上げます
(新たに「アフターケア実施期間の更新に関する診断書」の診断書料が支給されます)
5. 60歳以上の高年齢労働者に係る加算を設けます
6. 労災電子化加算の措置期間が令和10年3月診療分まで延長されます

厚生労働省ホームページ

政策について>分野別の政策一覧>雇用・労働
>労働基準>重要なお知らせ>労災補償
>労災診療費算定基準の改定について（令和8年度）

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/roudokijun/rousa_i_shinryouhi/kaitei0604_00008.html



三重労働局ホームページ

各種法令・制度・手続き>労災保険関係
>労災保険指定医療機関等のみなさまへ
>労災診療費等請求方法及び記載要領（令和8年度）

https://site.mhlw.go.jp/mie-roudoukyoku/hourei_seido_tetsuzuki/rousai_hoken.html



目 次

労災診療費の請求方法及び記載要領

1	請求書の提出先、提出期日	1
2	請求書のとり方	2
3	請求書の作成	3
4	レセプト作成	5
5	労災診療費・診療費請求内訳書等の要求	13
6	オンライン請求リーフレット	14
7	労災電子レセプト請求に係る療養の給付請求書等送付書	16
8	診療費請求書記載例	17
9	レセプト記載例	18
10	労災保険指定医療機関療養担当規程	24
11	労災指定病院等登録（変更）報告書（診機様式第20号）	32
12	労災指定病院等登録（変更）報告書（診機様式第21号）	33
13	労災保険指定医療機関休止・辞退届	34
14	入院施設等状況報告（変更）	35
15	「治ったとき」とは	36

アフターケア制度

1	アフターケア制度について	38
2	アフターケア制度一覧表	39
3	アフターケア委託費の請求方法及び記載要領	47
4	アフターケア委託費請求書の作成	48
5	アフターケア委託費請求内訳書の記入要領	49
6	アフターケア手帳記載例	52
7	委託費レセプト記載例	53

労災保険二次健康診断等給付

1	労災保険二次健康診断等給付等費用の請求方法及び記載要領	54
2	費用請求書の作成	56
3	費用請求内訳書レセプトの記入要領	56
4	費用請求書	57
5	費用請求内訳書	58
6	健診費用算定組合せ表	59

労災診療費	請求チェックリスト	60
-------	-----------	----

三重労働局・各労働基準監督署の所在地及び管轄区域	61
--------------------------	----

I 労災診療費の請求方法及び記載要領

1 請求書の提出先、提出期日

【紙、電子媒体（CD-R 等）で請求する場合】

診療費請求書及び内訳書（レセプト）の提出については、毎月末締めにて翌月の10日（土、日、祝日の場合は、翌開庁日に繰下げとなります）午後5時（必着）までが期日となっております。

提出締切日以降の受付分については、翌月の処理となりますのでご注意ください。

診療費請求書、内訳書（レセプト）及び労災請求用紙（様式第5号、6号等）の提出先は下記に提出してください。

【オンラインで請求する場合】

診療費請求書及び内訳書（レセプト）の提出については、毎月末締めにて翌月の10日 24時まで（土・日・祝関係なく）オンライン請求することができます。（詳しくは 14～15 ページをご覧ください）

また、別途、労災請求用紙（様式第5号、6号等）の提出が必要となりますので、16 ページの送付書を作成、労災請求用紙（様式5号、6号等）を添付の上、10日（土、日、祝日の場合は、翌開庁日に繰下げとなります）午後5時（必着）までに下記へ提出してください。

オンライン請求がなされていても労災請求用紙の提出がない場合は翌月以降の処理となる場合がありますのでご注意ください。

三重労働局 労働基準部労災補償課分室 〒514-0033 津市丸之内26-8 津合同庁舎4階 ※請求書等は機械処理上、折り曲げないようにしてください。
--

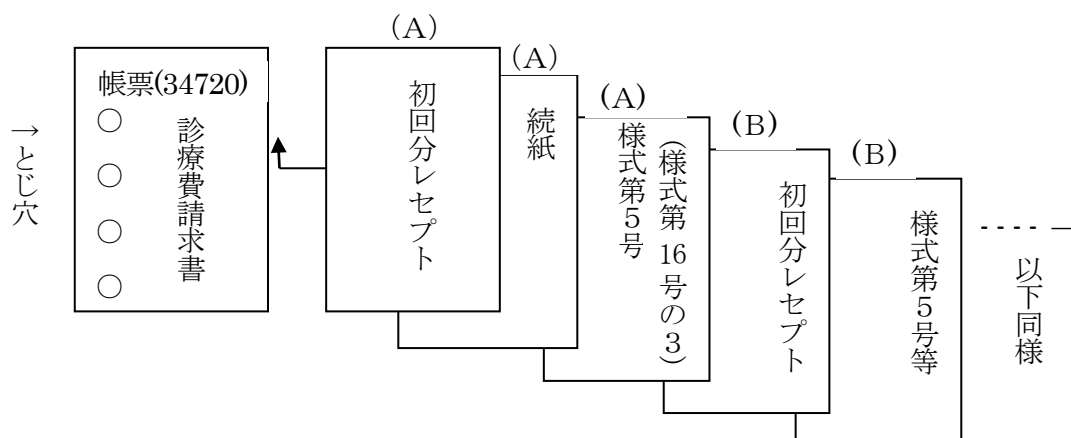
アフターケア委託費の請求については、専用の請求書及び内訳書を使用してください。

「アフターケア実施期間の更新に関する診断書料」については、これまで自己負担でしたが、令和8年6月1日以降に作成された診断書料はレセプト請求できることとなりました。

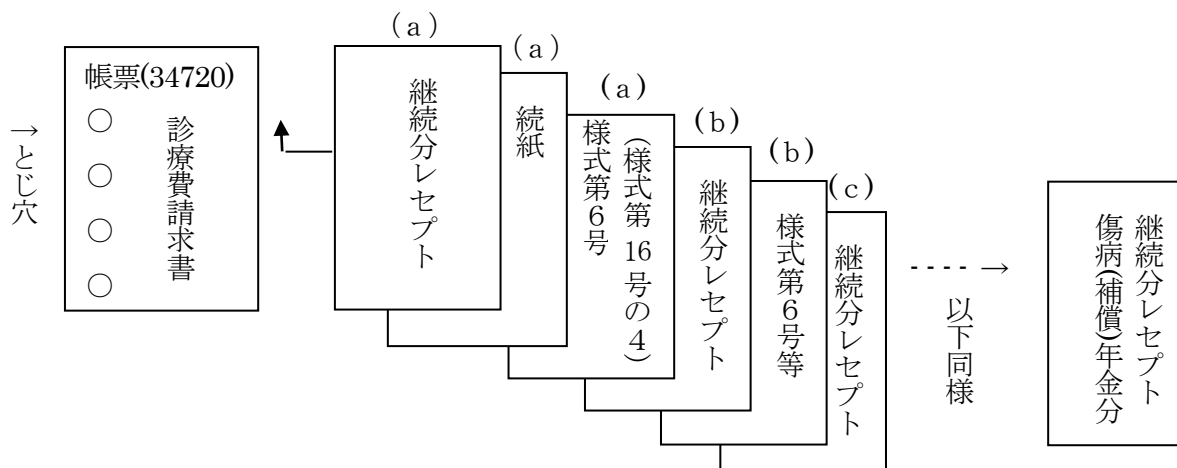
※アフターケア分を診療費帳票で請求されますと、治ゆ後請求のため不支給処理となります。

2 請求書のとじ方

<初回請求分> (様式第5号又は第16号の3を伴うもの)



<継続分> (第2回目以降 様式第6号又は第16号の4を伴うものを含む)



注1) 請求は新規分・継続分を別々に2分冊とし、それぞれ三重県内・県外分を区分けせず一括して請求してください。

注2) 請求書及びレセプトは、コンピューター処理を行いますので、折り曲げたり、読み取り部分を汚さないようにしてください。

また、編綴はホッチキスや糊付けせず、とじ穴の上部一箇所に紐で綴じるようにしてください。

※ コンピューター用については、ミシン目以外の所を切り取らないでください。

3 請求書の作成

(1) 帳票の種類

① 労働者災害補償保険診療費請求書・・・診機様式第1号

診機様式第1号

労働者災害補償保険診療費請求書

※標準字体 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

帳票種別 3 4 7 2 0

※修正項目番号

① 指定病院等の番号

② ※受付年月日

③ 請求金額

④ 内訳書添付枚数

金額の頭に¥マークを付けてください。

※印の欄は記入しないでください

記載については、専用の様式でお願いします。

※ 注意事項

- ①欄 労災指定番号は、医療機関名に代わるものとなるため、間違いのないように必ず記載する。
- ③欄 「請求金額」欄は、その請求書に添付されている各レセプトの「合計額」を集計した額を記入し、金額の頭に「¥」マークを記入してください。
提出前に必ず点検を行い、「請求金額」と各レセプトの「合計額」の集計が確実に合っているか確認してください。

請求金額は訂正できませんので、用紙を改め、新たに作成してください。

- ④欄 「内訳書添付枚数」欄は、その請求書に添付されているレセプトだけの枚数（続紙は含まない）を記入してください。

(枚数に含まないもの)

- ・「療養（補償）給付たる療養の給付請求書」（様式第5号及び16号の3）
- ・「療養（補償）給付たる療養の給付を受ける指定病院変更届」（様式第6号及び16号の4）
- ・ 続紙 等

- ⑤欄 「請求年」・⑥欄 「請求月」欄は、添付されるレセプトの診療年月を記載します。

混在する場合は、直近の診療年月を記入してください。

〇〇〇〇 ほか 〇〇 名

請求書に添付しているレセプトの1枚目の患者の氏名及び他の患者の実数

	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	電話番号 — —

請求人の郵便番号・住所・名称・責任者氏名・電話番号を記入します。

(2) 記入要領

請求書やレセプト（内訳書）は、OCR（光学的文字読取装置）で処理しますので次の点にご注意ください。

- ① 筆記用具は、黒のボールペンか細字用サインペンを用い記入。
- ② 文字は、各帳票に印刷してある「標準字体」にならって枠内に大きめに書くこと。
記入枠からはみ出たり、小さすぎる文字やデザイン文字は、読取不能となるので注意すること。

※標準字体 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

- ③ 書き損じた場合は、次のように枠の上中を少しこえるように縦に線を引き、枠の上に正しい数字を書くこと。
消しゴム及び修正ペンは使用しないでください。

(訂正例)

3⁴ 5⁶ 7² 8³ 6⁸

イ 「指定病院等の番号」……医療機関ごとに振り出した番号（7桁）を記入し、「指定病院の名称」は記入洩れのないよう必ず記入してください。

ウ ①「新継再別」

次のいずれかのコード番号を記入します。

初 診	…1	
転医始診	…3	
継 続	…5	
再 発	…7	（再発に限る）

エ ②「転帰事由」

次のいずれかのコード番号を記入します。

治 ゆ	…1
継 続	…3
転 医	…5
中 止	…7
死 亡	…9

オ ④「労働保険番号」又は「年金証書番号」

局署の支払い事務処理上、欠かせないので、記入漏れのないようにし、「療養（補償）給付たる療養の給付請求書」（様式第5号又は16号の3）、「療養（補償）給付たる療養の給付を受ける指定病院等（変更）届」（様式第6号又は16号の4）に記載されている労働保険番号又は年金証書番号を記入します。（傷病労働者が傷病（補償）年金の受給者となった場合は、様式第6号又は16号の4を提出させることとなります。）

カ ⑥「生年月日」

傷病労働者の生年の元号及び生年月日を「療養の給付請求書」、「指定病院等変更届」等により確認のうえ記入してください。

明治	…1
大正	…3
昭和	…5
平成	…7

キ ⑦「傷病年月日」

傷病労働者の負傷又は発病年月日を「療養の給付請求書」、「指定病院等変更届」等により確認のうえ記入してください。

初診年月日が必ずしも負傷又は発病年月日とならないので留意してください。

また、来院時の問診で必ず、いつ、どこで、どのようにして負傷したかを聞き、「療養の給付請求書」と照合し、全く相違する場合は三重労働局あるいは所轄の労働基準監督署に連絡をとってください。

ク ⑩「療養期間」

療養期間については下記のとおり記入してください。

- ・継続療養の場合は月の初日から末日まで
- ・継続療養以外の場合は初日から治ゆ・中止日等の最終診療日まで
- ・文書料のみの請求で、休業（補償）給付に係る証明については、その証明した休業期間

ケ ⑪「診療実日数」

当該療養期間内において実際に診療を行った日数を記入し、文書料のみの請求の場合は「999」と記入します。

コ ⑬「合計額」

診療内容等の小計欄イ、ロ又はハの合計額を記入します。

「¥」マークは記入しないでください。

サ 「労働者の氏名」、「事業の名称」、「事業場の所在地」

記入漏れのないように、また、労働保険番号との関連がありますから間違いのないよう記入してください。

シ 「傷病の部位及び傷病名」

注1) 受傷の部位、傷病名は、省略することなく記入してください。

注2) 既存疾病及び新たな傷病名が発生した場合は、業務上外についてコメントを追加記入してください。

ス 「傷病の経過」

当該請求月における症状の状態について必ず記入してください。

注1) 労災保険では、「労働保険番号」・「生年月日」・「負傷又は発病年月日」の3項目又は年金証書番号を給付キー（個々の傷病労働者を管理するキー）として入力データの管理を行っていますので、新規データが誤って入力された場合は、その後続く継続データが正しくてもエラーとなり、支払いが保留されることとなりますので特に注意してください。

注2) 初回請求分の請求が遅れますと2回目以降の支払いが滞るばかりでなく、傷病労働者が転医した場合には、転医先の指定病院等の支払いにも支障を来すこととなりますので注意してください。

注3) 初診が非指定病院等で、指定病院に転医してきた場合は、転医始診として扱うのではなく初診として取扱い、「療養の給付請求書」の提出を求めてください。

再三の依頼にも提出されない場合等は、所轄の労働基準監督署もしくは三重労働局に連絡してください。

（「指定病院等（変更）届」の提出があった場合は、変更前の医療機関に留意願います。）

(2) レセプト診療内容等の記入について

労災特例の算定以外は、健保の診療報酬請求書等の記載要領に準じて記入してください。

1 診療費請求内訳書（入院用）（診機様式第2号、第4号）記載要領

ア ⑪「初診」欄について

初診料の金額（3,850円）を記入するとともに、初診時において時間外・休日・深夜加算を算定し得る場合には、該当する事項を○で囲みその点数を記入してください。

イ ⑬「指導」欄について

指導管理料を算定した場合は、項目及び所定点数を記入してください。

ウ ⑭「在宅」欄について

在宅療養指導管理料を算定した場合は、項目及び所定点数を記入してください。

エ ⑳「投薬」欄について

内服薬及び浸煎薬を投与した場合は㉑内服の項に、屯服薬を投与した場合は㉒屯服の項に、外用薬を投与した場合は㉓外用の項に単位数及びそれぞれの薬剤の総点数を記入するとともに、その内訳を摘要欄に記入してください。

オ ㉔「注射」欄について

皮下筋肉内に注射を行った場合は㉕皮下筋肉内、静脈内に注射を行った場合は㉖静脈内の項に、その他の注射を行った場合は㉗その他の項に注射の種類、回数、点数を記入するとともに、その内訳を摘要欄に記入してください。

なお、投薬及び注射の薬剤料については、その薬剤名、規格、単位（％、倍数又はmg等）及び使用量を摘要欄に記入すること。

カ ㉘「処置」及び㉙「手術・麻酔」欄について

処置又は手術については、処置名又は手術名及び手術日、回数、点数を、麻酔については、麻酔の種類、回数及び点数を記入してください。

なお、各項の手技料と薬剤は点数欄、摘要欄とも記入してください。

個々の処置、手術又は麻酔について、それぞれ使用した薬剤の購入価格が15円を超えるものについては、個々の処置、手術又は麻酔ごとに購入価格から15円を差し引いた残りの額を10円で割った点数（1点未満は切上げ）に1点を加算した点数を薬剤の項の点数欄に記入し、使用した薬剤名、規格、単位及び使用量のすべてを個々の処置、手術、麻酔別に摘要欄に記入してください。

手術等において特定保険医療材料を使用した場合は、薬剤の項及びこれに対応する摘要欄に使用材料の名称及び点数を記入してください。

また、輸血を行った場合は、「手術・麻酔」欄に輸血名、回数、点数を記入してください。

術中透視装置使用加算については、手術・麻酔欄に回数及び合計点数を記載し、摘要欄に「術中透視装置使用加算×回数」を記載してください。

キ ⑥⑩「検査病理」欄について

検査の種類ごとに検査名、回数及び点数を記入してください。

また、検査に当たって薬剤を使用した場合は、検査の薬剤の欄にその薬剤名、規格、単位、使用量及び点数を記入してください。

ク ⑦⑪「画像診断」欄について

写真診断のみの場合は、診断の種類、回数及び点数を、撮影と診断を併せて行った場合は、その部位、種類(撮影方法)、使用フィルムの大きさと枚数、回数及び点数を記入してください。

なお、造影剤等を使用した場合は、その造影剤名、使用量及び特定レントゲン診断用器材名等を摘要欄に記入してください。

また、コンピューター断層撮影を行った場合は、上記に準じて記入してください。

ケ ⑧⑫「その他」欄について

リハビリテーション、精神科専門療法、放射線治療等を行った場合に記入するとともに、摘要欄に各診療行為、点数等を具体的に記入してください。

コ ⑨⑬「入院」欄について

病院・診療所別、病衣貸与の該当する文字を○で囲んでください。

入院基本料加算に係る届出状況(種別)をその下の空欄に記入してください。

入院基本料及び入院基本料加算の合計を⑩「入院基本料・加算」の項に記載し、各々1日あたりの所定点数、日数及び合計点数を記入してください。

「入院年月日」については、当該医療機関に入院した年月日を記入してください。

⑫「特定入院料・その他」については、算定した特定入院料の種別を記入し、それぞれの日数を記入してください。

サ ⑭⑮「食事」欄について

「食事」については、算定した項目について記入し、下の項については、**食事療養及び特別食加算は1回あたりの所定金額及び回数を記入し、「食事療養」については、合計回数及び金額を記入してください。**

② 診療費請求内訳書（入院外用）（診機様式第3号、第5号）記載要領

診療費請求内訳書（入院外用）の記載要領は、次に掲げるもののほか前記①の記載要領と同一です。

ア ⑫「再診」欄について

再診の回数及び再診料の合計金額を記入するとともに、再診時において時間外・休日・深夜加算を算定し得る場合には、それぞれの回数と合計点数を記入してください。

「外来診療料」（病床数200床以上の病院）を算定する場合は、同欄中の外来管理加算の上部余白に「外来診療料」と明示のうえ記入してください。

外来管理加算の特例扱いによる点数の請求は外来管理加算の欄に記入することとし、**特例によらない外来管理加算と区別するため、「摘要」欄に「特〇何回」と記入してください。**

同一の医療機関において、同一日に複数の診療科を再診した場合は、2つめの診療科に限り、720円を算定できます。請求に当たっては、レセプト「⑫再診」の欄に回数及び合計金額を記載し、摘要欄に「複再」と表示のうえ、当該診療科名及び当該金額を記載してください。

イ ⑭「在宅」欄について

往診又は夜間の項については、それぞれ普通又は夜間の往診の回数と点数を、緊急又は深夜の往診を算定する場合には、いずれかの文字を○で囲み、回数及び点数を、在宅患者訪問診療の項については、回数と総点数をそれぞれ記入してください。

その他・薬剤の項については、在宅自己注射指導管理料等を算定した場合にその所定点数を記入するほか、薬剤等を支給した場合は総点数を記入し、摘要欄に総支給単位数、薬剤の総点数、所定単位あたりの薬剤名、支給量、支給日数等を記入してください。

③ その他「労災診療特例取扱い」記載要領

ア 再診時療養指導管理料

⑬「指導」欄（金額算定欄）に回数と合計金額、摘要欄に指導内容を記入してください。

イ 救急医療管理加算

⑯「その他」欄（金額算定欄）に金額、救急医療管理加算と記入し、摘要欄に必ず年月日を記入してください。

ウ 職業復帰訪問指導料

⑯「その他」欄（点数算定欄）に点数、職業復帰訪問指導料と記入し、摘要欄に訪問指導年月日と回数を記入してください。

エ 療養の給付請求書取扱料

⑯「その他」（金額算定欄）に取扱料2,200円と療養の給付請求書取扱料と記入してください。

オ 休業・看護に関する証明料

㊦「その他」（金額算定欄）に証明の種類と金額、摘要欄に証明期間を記入してください。

カ 診断書料

はり・きゅう診断書、マッサージ診断書、傷病の状態に関する診断書等レセプトにより請求できるとされている診断書については、㊦「その他」（金額算定欄）に診断書の名称と金額を記入してください。

キ 四肢の傷病に係る特例取扱い

特例取扱いにより算定できる処置、手術等の名称と点数の算式（時間外加算を算定できる場合はその算式を含む。）及び回数と合計点数を摘要欄に記入してください。

ク 手指の機能回復指導加算

㊦「手術」欄に190点と記入し、摘要欄に手指の機能回復指導加算と記入してください。

ケ 初診時ブラッシング料

㊦「処置」欄・㊦「手術」欄のいずれかに91点と記入し、摘要欄に初診時ブラッシング料と記入してください。

コ リハビリテーション

疾患別リハビリテーションを行った場合は、㊦「その他」（点数算定欄）に合計点数等を記入し、摘要欄に疾患別リハ種類、1日にかかる単位数、実施部位、実施日及び疾患別リハの起算日が「傷病年月日」に記載された日と異なる場合は、その起算日を記入してください。

健保点数表に定める標準的算定日数を超えて疾患別リハを行う場合は、摘要欄に標準的算定日数を超えて行うべき医学的所見等を記載するか、または、「労災リハビリテーション評価計画書」を添付してください。

四肢加算を算定する場合はその点数の算式を併記してください。

サ リハビリテーション情報提供加算

レセプト⑬指導の欄に回数及び点数を記載し、摘要欄に「リハビリテーション情報提供加算 200×1」を記載してください。

シ 入院室料加算

㊦「その他」（金額算定欄）に名称と算定した期間、加算額及び個室又は2人部屋、3人部屋及び4人部屋の別、個室番号、また、摘要欄に個室等に収容する必要のあった理由を「入院室料加算」の要件の②のア～エの記号にて記入してください。

ス 病衣貸与料

㊦「特定入院料・その他」に名称と貸与日数と合計点数を記入してください。

セ 精神科職場復帰支援加算

⑩「その他」(点数欄)に点数を記入し、摘要欄に名称と点数を記入してください。また、実施したプログラムの写しの添付、又は、摘要欄に実施日と要点を記入してください。(毎月)

ソ 石綿疾患療養管理料

⑬「指導」(点数欄)に点数を記入し、摘要欄に名称と点数、療養上の管理を実施した日を記入してください。

タ 石綿疾患労災請求指導料

石綿関連疾患の診断を行った上で、石綿ばく露に関する職歴の問診を実施し、業務による石綿ばく露が疑われる場合に労災請求の勧奨を行い、現に療養補償給付たる療養の給付請求書(告示様式5号)又は療養補償給付たる療養の費用請求書(告示様式7号(1))が提出された場合に1回に限り算定できます。

請求に当たっては、レセプト「⑩その他」の欄に回数及び点数を記載し、摘要欄に「石綿疾患労災請求指導料 450×1」を記載してください。

チ 頸椎固定用シーネ、鎖骨固定帯及び膝・足関節の創部固定帯

レセプト④処置欄に頸椎固定用シーネ等の合計金額を記載し、摘要欄に「頸椎固定用シーネ(購入価格(〇〇円)点数×個数)」を記載してください。

ツ 職場復帰支援・療養指導料

⑩「その他」欄(点数算定欄)に回数及び合計点数を記載し、摘要欄に「指導管理箋」の交付年月日及び「職場復帰支援・療養指導料(精神疾患を主たる傷病とする場合)」、又は「職場復帰支援・療養指導料(その他の疾患の場合)」は、初回、2回目、3回目、4回目のいずれかを記載してください。

また、高年齢被災労働者(60歳以上)に対して指導等を行った場合には、高年齢者加算を算定することができます。

※ お願い

適正な審査業務を行うため、必要に応じ専門医で構成される療養補償審査会に諮ることとしており、請求に対しての資料(回報書、手術詳記、エックス線写真等)を依頼する場合があります。

これらに係る資料の費用は、請求していただくことができませんので、ご協力をお願いします。

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 検索

■ ご不明な点は、ヘルプデスクにお問い合わせください。

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

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

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

労災電子レセプト請求に係る療養の給付請求書等送付書

令和____年____月分

_____他_____名に係る療養の給付請求書等を送付します。

様式	原本枚数
様式第5号（16号の3）	枚
様式第6号（16号の4）	枚
	枚

指定病院の番号

2	4					
---	---	--	--	--	--	--

病 院 名 称 _____

電 話 番 号 _____

三重労働局長 殿

診療費請求書記載例

■ 診機様式第1号

労働者災害補償保険診療費請求書

※標準字体

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

帳票種別 <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"><tr><td>3</td><td>4</td><td>7</td><td>2</td><td>0</td></tr></table>	3	4	7	2	0	※修正項 日番号 <input type="text"/>	① 指定病院等の番号 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	② ※受付年月日 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>1~9桁まで 1~9桁まで 1~9桁まで</small>									
3	4	7	2	0													
③ 請求金額 <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"><tr><td>千</td><td>百</td><td>十</td><td>元</td><td>角</td><td>分</td><td>厘</td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table> 金額の頭に¥マークを付けてください。		千	百	十	元	角	分	厘	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	④ 内訳書添付枚数 枚 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
千	百	十	元	角	分	厘											
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>											
⑤ 請求年 年 <input type="text"/> <input type="text"/>		⑥ 請求月 月分 <input type="text"/> <input type="text"/>															

①欄 指定病院等の番号欄は三重労働局長が当該医療機関に振り出した指定番号（7桁）を記載する。

③欄 請求金額の金額修正は出来ない。

④欄 内訳書添付枚数欄に続紙枚数は含まない。

¥ は不可
¥ のみ可

〇〇〇〇 ほか 〇〇 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。

〇 年 〇 月 〇 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 _____

三重労働局長殿 電話番号 _____
(署分)

受付印

※印の欄は記入しないでください。

レセプト記載例 1

■ 診機様式第3号
第 回 (同一傷病)

指定病院 病院等
等の番号 の名称

振票種別 ④・⑥・⑦欄は5号(16号の3)請求書より転記

③支払額

④ 府県(所管)管轄 基幹 番号 枝番号

⑤ 労働保険番号

⑥ 生年月日 ⑦ 傷病年月日

⑧ 療養期間

⑨ 診療日数

⑩ 支払額

⑪ 傷病コード及び傷病名

⑫ 増減理由

⑬ 請求年月日

⑭ 処理区分

職員記入欄(この欄は記入しないでください。)

診療費

労働者の氏名 (職) 傷病の部位及び傷病名

事業の名称 傷病の経過

事業場の所在地 都府道県 郡区市

傷病の経過欄は、必ず傷病の経過について詳細に記入してください。(別紙可)

診療内容	点数(点)	診療内容	金額	摘要
⑪ 初診 時間外・休日・深夜		⑪ 初診	3,850円	
⑫ 再診 7回		⑫ 再診 7回	10,010円	複再
⑬ 指導		⑬ 指導	円	●回●●●●●● ●●●●●●
⑭ 往診 時間外・休日・深夜		⑭ 5号取扱料	2,200円	
⑮ 在宅 緊急・深夜 在宅患者訪問診療		⑮ 救急医療管理加算	1,250円	
⑯ 薬剤		小計	⑰ 17,310円	
⑰ ⑲ 内服薬 薬剤調剤	×			
⑰ ⑳ 外用薬 薬剤調剤	×			
⑰ ㉑ 処方	×			
⑰ ㉒ 麻薬	×			
⑰ ㉓ 調基	×			
⑰ ㉔ 皮下筋肉内				
⑰ ㉕ 静脈内				
⑰ ㉖ その他				
⑰ ㉗ 薬剤				
⑰ ㉘ 薬剤				
⑰ ㉙ 薬剤				
⑰ ㉚ 薬剤				
⑰ ㉛ 処方せん				
⑰ ㉜ その他				
小計	点 ⑱		円	

5号請求書取扱料2,200円は、初診で5号を取扱った場合のみ算定可。再発5号・転医始診6号は算定不可。

救急医療管理加算は1医療機関緊急時1回のみ。入院6,900円・外来1,250円

同一の医療機関において、同一日に複数の診療科を再診した場合、2つめの診療科に限り720円算定可。
※ただし、算定できない場合もあります。

■ 診療様式第3号
第 回 (同一傷病について)

指定病院等の番号: _____ 病院等の名称: _____

① 新継再別 1 初診 3 転院 5 離職 7 再診 ② 転院事由 1 100 2 101 3 102 4 103 5 104 6 105 7 106 8 107 9 108 0 109	③ 支払額 百 千 十 元 角 分 厘 _____ ④ 病歴コード及び病歴 百 千 十 元 角 分 厘 _____ ⑤ 増減理由 ⑥ 請求年月日 年 月 日 _____ ⑦ 処理区分 _____
④ 府県 所管 管轄 基幹 番号 枝番号 労働保険番号 _____ ⑧ 生年月日 年 月 日 _____ ⑨ 傷病年月日 年 月 日 _____ ⑩ 療養期間 年 月 日 _____ ⑪ 診察日数 日 _____	⑫ 修正欄 _____

職員記入欄(この欄は記入しないでください。)

労働者の氏名 (職) 事業の名称 事業場の所在地 都府 道県 市区 市	傷病の部位及び傷病名 傷病の経過 必ず傷病の経過について詳細に記入してください。
---	--

診療内容	点数(点)	診療内容	金額	摘要
⑪ 初診 時間外・休日・深夜		⑪ 初診	円	・再診 1, 430×10回 ・機能回復 3回 ・1/1~1/31 ・交付年月日(〇年〇月〇日)
⑫ 外来管理加算	×	⑫ 再診 10回	14,300円	
⑬ 時間外	×	⑬ 指導 3回	2,760円	
⑭ 休日	×	⑭ その他	円	
⑮ 深夜	×	休業証明	2,200円	・交付年月日(〇年〇月〇日) 治ゆ:令和7年6月5日
⑯ 指導		障害診断書	7,000円	
⑰ 往診	回	小計	⑰ 26,260円	摘要
⑱ 夜間	回	再診時療養指導管理料の920円は、金額算定の⑬欄へ記入(食事、日常生活動作、機能回復訓練、メンタルヘルスの指導内容も摘要欄に明記)		
⑲ 在宅	回			
⑳ 緊急・深夜	回	休業証明は摘要欄に期間(〇/〇~〇/〇)を記入 休業証明のみ(2,200円)請求の場合は、⑩欄も休業期間と同期間を記入し、⑪欄は「999」と記入		
㉑ 在宅患者訪問診療	回			
㉒ その他	回	障害診断書料は⑱欄の診療内容に「障害診断書」、金額に「7,000円」、摘要欄には「治ゆ(症状固定)年月日」を記入		
㉓ 薬剤	回			
㉔ ②① 内服薬調剤	×	⑳ 欄 職場復帰支援・療養指導料 その他の場合 交付年月日(〇年〇月〇日) 2回目		
㉕ ②② 屯服薬調剤	×			
㉖ ②③ 外用薬調剤	×	職場復帰支援・療養指導料 回数及び合計点数を記載し、摘要欄に指導管理箋の交付年月日及び「職場復帰支援・療養指導料(精神疾患を主たる傷病とする場合、又はその他の疾患の場合)」を記載する。 ※高齢労働者加算できる場合あり		
㉗ ②④ 処方薬	×			
㉘ ②⑤ 麻薬	回			
㉙ ②⑥ 調剤	回			
㉚ ③① 皮下筋肉内	回			
㉛ ③② 静脈内	回			
㉜ ③③ その他	回			
㉝ ④① 薬剤	回			
㉞ ④② 薬剤	回			
㉟ ④③ 薬剤	回			
㊱ ④④ 薬剤	回			
㊲ ④⑤ 薬剤	回			
㊳ ④⑥ 処方せん	回	420		
㊴ ④⑦ その他	回			
小計	点 ①	円		

レセプト記載例 4

■ 診機様式第3号
第 回 (同一傷病について)

指定病院等の番号 _____ 病院等の名称 _____

帳票種別 修正項目番号
34722

①新離再別 ②転注事由
1初診 2再診 3転注事由 4他科
5再診 6再診 7再診

③支払額
④府県所管管轄基幹番号 枝番号
⑤療養コード及び療養期
⑥増減理由 ⑦決定年月日

④労働保険番号
⑧療養期間
⑩診療日数

④ 外来管理加算の特例
算定例 (傷病名…頸椎捻挫・腰部打撲・左下腿打撲)
・頸部に介達牽引 (35点) …… 35点で算定 (+外来管理加算算定)
・腰部に湿布処置 (35点) …… 52点に読み替え
・下肢に運動器リハ (Ⅲ) 理学療法士による場合 (85点×1.5倍=128点)

診療費請求書 (入院外用)

労働者の氏名 _____ (歳) _____
事業の名称 _____
事業場の所在地 都府道県 _____ 郡区市 _____

傷病の部位及び傷病名 _____
傷病の経過 _____

診療内容		点数(点)	診療内容	金額	摘要
⑪初診	時間外・休日・深夜		⑪初診	円	特○回
⑫再診	時間外	52	⑫再診	円	
⑬指導	休日	1	⑬指導	円	
	深夜		⑭その他	円	
⑭往診	夜間		小計	円	摘要
⑮在宅	緊急・深夜				
	在宅患者訪問診療				<p>52点に満たない処置等について、外来管理加算が算定できます。 さらに、52点に満たない処置等が2つ以上ある場合には、最も低い点数に外来管理加算を算定し、他の点数は52点に読み替えることができます。</p> <p>注 200床以上の病院及び歯科については、外来管理加算の特例は適用されません。</p> <p>④0 介達牽引 (頸部) 35×1 湿布処置 (腰部) 52×1 (読み替え)</p> <p>⑧0 運動器リハ (Ⅲ) 理学療法士による場合 128×1 下肢 (85×1.5) 実施日○月○日</p>
⑯投薬	⑰内服薬剤調剤	×			
	⑱外用薬剤調剤	×			
	⑲処方	×			
	⑳麻薬				
	㉑調基				
㉒注射	⑳皮下筋肉内				
	㉑静脈内				
	㉒その他				
㉓処置	薬剤	2		87	
㉔手術	薬剤				
㉕検査	薬剤				
㉖調剤	薬剤				
㉗その他	処方せん	1		128	
小計	点①			円	

レセプト記載例 5

■ 診機様式第3号 第 回 (同一傷病について)		指定病院 等の番号	病院等 の名称
帳票種別 34722	修正項目番号 □□	①新症再別 1初診 3転院 5再診 7再	②転院事由 1他科 3他院 5他科 7他科
④ 府県(所管)管轄(基)幹 番号 枝番号		⑤ 病歴コード及び病歴加算	
四肢特例			
算定例 右示指及び中指に創傷処理(筋肉に達しないもの)とデブリードマン、右環指に骨折観血的手術			
・創傷処理(筋肉に達しないもの)(右示指・中指の2本) …1,590点(1,060点+530点)			
・デブリードマン加算(挫創に限る) …200点(100点×2倍)			
・骨折観血的手術(右環指) …22,740点(11,370点×2倍)			
・手指の機能回復指導加算 …190点			
労働者の氏名	(歳)	傷病の部位及び傷病名	
事業の名称		傷病の経過	
事業場の所在地	都府道県	郡区市	
診療内容		点数(点)	診療内容
⑪初診 時間外・休日・深夜			⑪初診 円
⑫再診 時間外		×	⑫再診 円
⑫再診 休日		×	⑬指導 円
⑫再診 深夜		×	⑭その他 円
⑬指導			小計 円
⑭在宅 往診		回	注 各項の手技料と薬剤を算定する場合は、点数欄及び摘要欄にも別々に記載する。
⑭在宅 夜間		回	
⑭在宅 緊急・深夜		回	
⑭在宅 在宅患者訪問診療		回	
⑭在宅 其他		回	
⑭在宅 薬剤		回	
⑮投薬 ⑲内服薬 薬剤調剤		×	
⑮投薬 ⑲屯服薬 薬剤調剤			
⑮投薬 ⑲外用薬 薬剤調剤		×	
⑮投薬 ⑲処方		×	
⑮投薬 ⑲麻毒		回	
⑮投薬 ⑲調基		回	
⑯注射 ⑳皮下筋肉内		回	
⑯注射 ㉑静脈内		回	
⑯注射 ㉒その他		回	
⑰処置 ㉓薬剤		回	
⑱手技料 ㉔薬剤		回	
⑲検査 ㉕薬剤		回	
⑲検査 ㉖薬剤		回	
⑲検査 ㉗薬剤		回	
⑲検査 ㉘処方せん		回	
⑲検査 ㉙その他		回	
小計		点①	円

レセプト記載例 6

■ 診機様式第3号
第 回 (同一傷病) について

指定病院 病院等
等の番号 の名称

帳票種別 修正項目番号
34722

①新離再別 ②転請事由
1初診 2再診 3転医初診 4再診
5離脱 6続業 7再

③支払額

④ 府県(所管)管轄(基)幹 番号(枝)番号

⑤ 医療コード及び病名

⑥ 傷病コード及び病名

⑦ 診療日数

⑧ 合計額

職員記入欄(この欄は記入しないでください。)

疾患別リハビリテーションの記載例

算定例 運動器リハ(Ⅱ)の所定点数を算定できる医療機関において、
運動器リハ(Ⅱ)医師による場合 を10日間(10単位)行い、うち2日間は、
運動器リハ(Ⅲ)理学療法士による場合 を併施した場合。

労働者の氏名 (歳) 傷病の部位及び傷病名

事業の名称 傷病の経過

事業場の所在地 都府道県 郡区市

診療内容		点数(点)	診療内容	金額	摘要
⑪初診	時間外・休日・深夜		⑪初診	円	
⑫再診	時間外	×	⑫再診	円	
⑬指導	休日	×	⑬指導	円	
	深夜	×	⑭その他	円	
⑭往診	夜間	回	小計	円	
⑮在宅	緊急・深夜	回	摘 要		
	在宅患者訪問診療	回	<p>⑧ 運動器リハ(Ⅱ)医師による場合 1単位 10日間 [右膝部](180×1.5)270×10 実施日 7/1. 10. 12. 14. 19. 21. 24. 26. 28. 31</p> <p>運動器リハ(Ⅲ)理学療法士による場合 1単位 2日間 [右膝部](85×1.5)128×2 実施日 7/21. 28</p> <p>実施日数 10日</p>		
⑯投薬	内服薬剤	×			
	外用薬剤	×			
	外用薬剤	×			
	処方	×			
	麻薬	回			
	調基	回			
⑰注射	皮下筋肉内	回			
	静脈内	回			
	その他	回			
⑱処置	薬剤	回			
⑲検査	薬剤	回			
⑳画像	薬剤	回			
㉑その他	薬剤	回			
㉒その他	薬剤	回			
小計	点①	2,956	円		

(参考)

労災保険指定医療機関療養担当規程

(平成7年7月25日付け基発476号)

改正 平成15年3月28日付け基発第0328005号

改正 平成21年12月28日付け基発第1228第5号

改正 平成23年6月24日付け基発第0624第1号

改正 平成25年4月8日付け基発第0408第1号

第1章 診療の担当

第1 任務

第2 療養の給付の担当の範囲

第3 アフターケア及び外科後処置の担当の範囲

第4 療養の給付、アフターケア及び外科後処置の担当方針

第5 受給資格の確認等

第6 証明の記載

第7 助力

第8 診療録の記載及び整理

第9 帳簿等の保存

第10 通知

第2章 診療の方針

第11 診療の一般的方針

第12 転医及び対診

第13 転医の取扱い

第14 施術の同意

第3章 療養の給付に関する診療費の請求

第15 診療費の算定方法等

第16 診療費の請求手続

第4章 アフターケア及び外科後処置に関する委託費の請求

第17 委託費の算定方法等

第18 委託費の請求手続

第5章 指定医療機関の取扱い

第19 指定期間等

第20 表示

第21 指定の取消

第22 変更事項の届出

附則 施行期日等

第1章 診療の担当

(任務)

第1 労働者災害補償保険法施行規則（以下「則」という。）第11条の規定に基づき三重労働局長の指定を受けた病院又は診療所（以下「指定医療機関」という。）は、則第11条第1項の規定により、政府が行うべき療養の給付を政府に代わって行うとともに、労働者災害補償保険法（以下「法」という。）第29条第1項第1号に基づく社会復帰促進等事業としてのアフターケア及び外科後処置を行うものとする。

ただし、アフターケア及び外科後処置については、三重労働局長からこれらの任務を含む指定を受けた指定医療機関に限る。

- ② 指定医療機関は、法の規定によるほか、この規程の定めるところにより、療養の給付を受けることができる者（以下「傷病労働者」という。）の負傷又は疾病についての療養の給付、アフターケア及び外科後処置を担当する。
- ③ 指定医療機関は、当該指定医療機関において療養の給付、アフターケア及び外科後処置に従事する医師若しくは歯科医師（以下「診療担当医」という。）又は調剤に従事する薬剤師をして前2項の規定を遵守させるものとする。

(療養の給付の担当の範囲)

第2 指定医療機関が担当する療養の給付（政府が必要と認めるものに限る。）の範囲は、次のとおりとする。

- 1 診察
- 2 薬剤又は治療材料の支給
- 3 処置、手術その他の治療
- 4 居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護
- 5 病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護
- ② 前項の規定にかかわらず、船舶内に設置された診療所（以下「船内診療所」という。）において担当する療養の給付の範囲は、前項の1から3までとする。

(アフターケア及び外科後処置の担当の範囲)

第3 指定医療機関が担当するアフターケアの範囲は、次のとおりとする。

- 1 診察
- 2 保健指導
- 3 保健のための処置
- 4 検査
- 5 保健のための薬剤の支給
- ② 指定医療機関が担当する外科後処置の範囲は、次のとおりとする。
 - 1 診察
 - 2 薬剤又は治療材料の支給
 - 3 処置、手術その他の治療
 - 4 病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護

5 筋電電動義手の装着訓練等

(療養の給付、アフターケア及び外科後処置の担当方針)

第4 指定医療機関及び診療担当医は、次に掲げる方針により療養の給付、アフターケア及び外科後処置を行うものとする。

- 1 診療は、一般に医師又は歯科医師として療養、アフターケア及び外科後処置の必要があると認められる負傷又は疾病に対して行い、的確な診断をもととし、傷病労働者、アフターケア及び外科後処置の対象者（以下「傷病労働者等」という。）の労働能力の保全又は回復上最も妥当適切に行うこと。
- 2 診療に当たっては、懇切丁寧を旨とし、療養、アフターケア及び外科後処置上必要な事項は理解し易いように指導すること。
- 3 診療に当たっては、常に医学の立場を堅持して、傷病労働者等の心身の状態を観察し、心理的な効果をも挙げることができるよう適切な指導をすること。

(受給資格の確認等)

第5 指定医療機関は、傷病労働者等から療養の給付、アフターケア又は外科後処置を受けることを求められたときは、その者の提出する「療養補償給付たる療養の給付請求書」又は「療養給付たる療養の給付請求書」（以下「療養給付請求書」という。）によって療養の給付を受ける資格があるか、健康管理手帳によってアフターケアを受ける資格があるか、又は外科後処置承認決定通知書によって外科後処置を受ける資格があることを確認した後診察すること。

ただし、緊急やむを得ない事由によって療養給付請求書、健康管理手帳又は外科後処置承認決定通知書を提出することができない者であって、療養の給付、アフターケア又は外科後処置を受ける資格があることが明らかでない者については、この限りでない。この場合においては、その事由がやんだのち、遅滞なく、療養給付請求書、健康管理手帳又は外科後処置承認決定通知書を提出させること。

- ② 傷病労働者から提出された前項の療養給付請求書は、当該療養給付請求書に当該医療機関の名称を記入の上、遅滞なく、傷病労働者の所属する事業場（傷病労働者が船員法第1条に規定する船員の場合にあつては当該船員が所属する船員を使用して行う事業。以下同じ。）の所在地を管轄する労働基準監督署長（以下「所轄労働基準監督署長」という。）に対し、当該医療機関（船内診療所にあつては当該船舶に係る事業。）の所在地を管轄する三重労働局長を經由し、提出しなければならない。
- ③ 前2項の規定にかかわらず、船内診療所において行われた療養の給付に係る療養給付請求書については、本邦に寄港後、遅滞なく、傷病労働者から船内診療所あて提出させた後、三重労働局長を經由し、所轄労働基準監督署長に提出しなければならない。

(証明の記載)

第6 指定医療機関は、傷病労働者等から「療養補償給付たる療養の費用請求書」、「療養給付たる療養の費用請求書」に証明の記載を求められたときは、無償で

これを行うこと。

(助力)

第7 指定医療機関は、傷病労働者の病状が、看護又は移送の給付が行われる必要があると認められた場合、速やかに当該傷病労働者又はその関係者にその手続を取らせるよう必要な助力をすること。

(診療録の記載及び整理)

第8 指定医療機関は、傷病労働者等に関する診療録を調製し、療養の給付、アフターケア又は外科後処置に関し、必要な事項を記載しこれを他の診療録と区別して整備すること。

② 前項の診療録には、前項の事項のほか、次の事項を記載しなければならない。

1 診療に関して証明又は診断書の交付を行ったときは、当該証明又は診断書等の概要と交付年月日

2 初診時に既往の身体障害が認められたときはその概要

(帳簿等の保存)

第9 指定医療機関は、療養の給付、アフターケア又は外科後処置に関する帳簿及び書類その他の記録をその完結の日から3年間保存すること。ただし、診療録については、その完結の日から5年間とする。

(通知)

第10 指定医療機関は、傷病労働者等が次の各号の一に該当する場合には、遅滞なく、意見を付して、その旨を所轄労働基準監督署長に通知すること。

1 傷病労働者の所属する事業場の保険関係について、疑わしい事情が認められるとき

2 負傷又は疾病の原因又は発生状況について、傷病労働者又はその関係者より聴取した事項と療養給付請求書に記載されている事実との間に、重大な相違が認められるとき

3 負傷又は疾病が業務上又は通勤によるものと認めることに疑いのあるとき

4 負傷又は疾病の原因が事業主又は労働者の故意又は重大な過失によるものと認められるとき

② 指定医療機関は、傷病労働者等又はその関係者が次の各号の一に該当する場合には、その診療又は証明を拒否するとともに、速やかにその旨を所轄労働基準監督署長又は健康管理手帳及び外科後処置承認決定通知書を交付した都道府県労働局長に通知すること。

1 療養の給付、アフターケア若しくは外科後処置を請求した者又はその関係者が詐欺その他不正な行為により、診療を受け若しくは受けようとし又は診療を受けさせ若しくは受けさせようとしたとき

2 療養の給付、アフターケア又は外科後処置を請求した者が、正当な事由がないにもかかわらず、診療担当医の診療に関する指示に従わないとき

3 不正又は不当な証明を強要したとき

第2章 診療の方針

(診療の一般方針)

第11 診療担当医の診療は、第4及び第12から第14までの規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。

- 1 診察、薬剤又は治療材料の支給、処置、手術、理学療法、その他の治療は、一般に療養上必要があると認められる場合に、必要の程度において行うこと。
- 2 医学上一般に医療効果の不明又は認められない特殊な療法又は新しい療法は、これを行わないこと。
- 3 健康保険法の規定に基づき厚生労働大臣の定めるもの以外の医薬品は、原則として施用し又は処方しないこと。ただし、傷病労働者の病状によりその必要が認められ、かつ、この効果が明らかに期待できると認められる場合には、この限りでないこと。
- 4 収容の指示は、療養上必要があると認められた場合のみ行い、収容を必要とした療養上の理由がなくなったときは、直ちに退院の指示を行うこと。
- 5 アフターケアは、アフターケア実施要領に定める範囲内で行うこと。
- 6 外科後処置は、外科後処置実施要綱に定める範囲内で行うこと。

(転医及び対診)

第12 診療担当医は、傷病労働者等の負傷又は疾病が自己の専門外にわたるものであるとき又はその診療について疑義があるときは、他の指定医療機関に転医させ、又は他の診療担当医の対診を求める等診療について適切な措置を講ずること。

(転医の取扱い)

第13 診療担当医は、傷病労働者が他の医療機関に転医を希望する場合には、当該傷病労働者の診療について、次に掲げる事項を記載した文書を当該傷病労働者又はその関係者に交付し、転医後の医師又は歯科医師に提出するよう指示すること。

- 1 傷病労働者の氏名、年齢及び性別
- 2 傷病の部位及び傷病名
- 3 初診時における負傷又は疾病の状態（初診時において既往の身体障害が認められたものについては、その概要も記載すること。）及び傷病の経過の概要（手術又は検査の主要所見と病状の概要）

② 診療担当医は、他の医療機関から転医してきた傷病労働者等について、その病状から必要がある場合には、転医前の医療機関に対して当該傷病労働者にかかわる転医前の診療の経過に関する文書を求めるものとする。

(施術の同意)

第14 診療担当医は、傷病労働者の負傷又は疾病が自己の診療行為を必要とする症状であるにかかわらず、みだりに施術業者の施術を受けることに同意を与えてはならない。

第3章 療養の給付に関する診療費の請求

(診療費の算定方法等)

第15 指定医療機関が、療養の給付に関し政府に請求することを得る診療費の額は、別に定めるところにより算定するものとする。

- ② 政府は、指定医療機関から療養の給付に関する費用の請求書が提出されたときは、別に定めるところにより審査を行いこれを支払うものとする。

(診療費の請求手続)

第16 指定医療機関は、第15の規定により算定した毎月分の診療費用の額を労働者災害補償保険診療費請求書に診療費請求内訳書を添付して、翌月の10日までに三重労働局長に提出すること。

ただし、指定医療機関が行った次に掲げる各号の一に該当する診療については、それに要した費用の全部又は一部を支払わない。

- 1 労働者の業務外の負傷又は疾病についての診療
 - 2 労災保険法第12条の2の2の規定により療養の給付の制限を行う旨所轄労働基準監督署長から通知があった後における診療
 - 3 政府が必要と認めるものを超えた診療
- ② 前項本文の規定にかかわらず、船内診療所にあつては、行った診療について、本邦に寄港後、遅滞なく、労働者災害補償保険診療費請求書を三重労働局長に提出することとする。
- ③ 第1項の労働者災害補償保険診療費請求書及び診療費請求内訳書は、厚生労働省労働基準局長が定めた様式によるものとする。

第4章 アフターケア及び外科後処置に関する委託費の請求

(委託費の算定方法)

第17 指定医療機関が、アフターケア及び外科後処置に関し政府に請求することを得る委託費の額は、別に定めるところにより算定するものとする。

- ② 政府は、指定医療機関からアフターケア及び外科後処置に関する費用の請求書が提出されたときは、別に定めるところにより審査を行いこれを支払うものとする。

(委託費の請求手続)

第18 指定医療機関は、本規程に基づいて行ったアフターケア及び外科後処置に要した費用を請求しようとするときは、第17の規定により算定した毎月分の診療費用の額を、アフターケアについては労働者災害補償保険アフターケア委託費請求書にアフターケア委託費請求内訳書を、外科後処置については外科後処置委託費請求書に内訳書を添付して、翌月の10日までに三重労働局長に提出すること。

ただし、指定医療機関が行った次に掲げる各号の一に該当する診療については、それに要した費用の全部又は一部を支払わない。

- 1 アフターケアの健康管理手帳に記載された疾病以外の負傷又は疾病についての診療
 - 2 アフターケアの健康管理手帳に記載された疾病に係る政府が必要と認める診療を超えた診療
 - 3 外科後処置承認決定通知書に記載された処置内容以外についての診療
 - 4 外科後処置承認決定通知書に記載された処置内容に係る政府が必要と認める診療を超えた診療
- ② 前項の労働者災害補償保険アフターケア委託費請求書、アフターケア委託費請求内訳書及び外科後処置委託費請求書等は、厚生労働省労働基準局長が定めた様式によるものとする。

第5章 指定医療機関の取扱い

(指定期間等)

第19 則第11条の規定による指定医療機関の指定は、指定日から起算して3年を経過したときはその効力を失うものとする。ただし、指定の効力を失う日前6月より同日前3月までの間に指定医療機関から別段の申し出がないときはその指定はその都度更新されるものとする。

また、医業の廃止、休止又は指定の辞退により指定医療機関としての資格の存続ができなくなったときは、指定医療機関の指定及び指定取消事務準則の別紙様式第7号「労災保険指定医療機関休止・辞退届」により、指定を受けた三重労働局長に届け出るものとする。

(表示)

第20 指定医療機関は、則様式第1号又は第2号による標札を見やすい場所に掲げること。

(指定の取消)

第21 指定医療機関が、次の各号の一に該当する場合には、三重労働局長は、その指定を取り消すことができる。

- 1 診療費用の請求に関し、不正行為があったとき
 - 2 関係法令及び本規程に違反したとき
- ② 前項により指定の取消しを受けた医療機関の開設者が当該決定に不服のあるときは、決定の通知を受けた日から60日以内に三重労働局長に再調査を申し出ることができる。

(変更事項の届出)

第22 指定医療機関の開設者は、次の各号の一に掲げる事由が生じたときは、速やかにその旨及びその年月日を指定を行った三重労働局長に届け出なければならない。

- 1 指定医療機関の開設者又は管理者に異動があったとき
- 2 名称又は所在地に変更があったとき
- 3 診療科目又は病床数に変更があったとき
- 4 健康保険診療報酬の算定に関する届出事項等に変更があったとき（施設基準に係るものを除く）
- 5 指定申請の際に提出した医療機関施設等概要書に記載した重要事項その他三重労働局長が必要と認めた事項に変更があったとき

附則

(施行期日等)

昭和37年12月24日 協約締結

改定 昭和47年10月 1日

改定 昭和50年 7月 1日

改定 平成 7年 4月 1日

改定 平成12年 4月 1日

改定 平成12年10月30日

改定 平成15年 4月 1日

改定 平成23年 7月 1日

改定 平成25年 4月 8日

裏面の提出年月日、指定病院等の名称、代表者の氏名を必ず記名押印又は署名してください。

診機様式第21号

提出用 2/2

	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">帳票種別</td> <td style="text-align: center;">34562</td> </tr> </table>	帳票種別	34562	<h2 style="margin: 0;">労災指定病院等登録(変更)報告書</h2>	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">課長</td> <td style="text-align: center;">係長</td> <td style="text-align: center;">係</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table>	課長	係長	係				<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">決</td> <td style="width: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">款</td> <td style="width: 20px;"></td> </tr> </table>	決		款																																
帳票種別	34562																																														
課長	係長	係																																													
決																																															
款																																															
提出の際折り曲げる場合には中央で切り離し(▶)の所を谷に2つ折りにしてください。	①指定番号：新規登録の場合は無記入 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>		②指定コード 1…労災指定医療機関のみ 3…二次健診等給付医療機関のみ 5…労災指定医療機関及び二次健診等給付医療機関		③変更コード 無記入…新規に登録するとき 1…追加(労災指定医療機関又は二次健診等給付医療機関として登録済) 3…登録している内容を変更するとき																																										
	※新規登録の場合は最目が記入します。																																														
労災指定医療機関基本情報	※診療科目については該当する全ての科目に「1」を記入してください。																																														
	<table style="width:100%; text-align: center;"> <tr> <td>④ <input type="checkbox"/> 内科</td> <td>⑤ <input type="checkbox"/> 心療内科</td> <td>⑥ <input type="checkbox"/> 精神科</td> <td>⑦ <input type="checkbox"/> 神経科</td> <td>⑧ <input type="checkbox"/> 神経内科</td> <td>⑨ <input type="checkbox"/> 呼吸器科</td> <td>⑩ <input type="checkbox"/> 消化器科</td> </tr> <tr> <td>⑪ <input type="checkbox"/> 胃腸科</td> <td>⑫ <input type="checkbox"/> 循環器科</td> <td>⑬ <input type="checkbox"/> アレルギー科</td> <td>⑭ <input type="checkbox"/> リウマチ科</td> <td>⑮ <input type="checkbox"/> 外科</td> <td>⑯ <input type="checkbox"/> 整形外科</td> <td>⑰ <input type="checkbox"/> 形成外科</td> </tr> <tr> <td>⑱ <input type="checkbox"/> 脳神経外科</td> <td>⑲ <input type="checkbox"/> 呼吸器外科</td> <td>⑳ <input type="checkbox"/> 心臓血管外科</td> <td>㉑ <input type="checkbox"/> 皮膚泌尿器科</td> <td>㉒ <input type="checkbox"/> 皮膚科</td> <td>㉓ <input type="checkbox"/> 泌尿器科</td> <td>㉔ <input type="checkbox"/> 肛門科</td> </tr> <tr> <td>㉕ <input type="checkbox"/> 眼科</td> <td>㉖ <input type="checkbox"/> 気管食道科</td> <td>㉗ <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科</td> <td>㉘ <input type="checkbox"/> リハビリテーション科</td> <td>㉙ <input type="checkbox"/> 歯科</td> <td>㉚ <input type="checkbox"/> 放射線科</td> <td></td> </tr> <tr> <td>㉛ <input type="checkbox"/> 矯正歯科</td> <td>㉜ <input type="checkbox"/> 歯科口腔科</td> <td>㉝ <input type="checkbox"/> 麻酔科</td> <td>㉞ <input type="checkbox"/> 小児科</td> <td>㉟ <input type="checkbox"/> 小児外科</td> <td>㊱ <input type="checkbox"/> 性病科</td> <td>㊲ <input type="checkbox"/> 美容外科</td> </tr> <tr> <td>㊳ <input type="checkbox"/> 産婦人科</td> <td>㊴ <input type="checkbox"/> 産科</td> <td>㊵ <input type="checkbox"/> 婦人科</td> <td>㊶ <input type="checkbox"/> 小児歯科</td> <td>㊷ <input type="checkbox"/> 理学療法科</td> <td>㊸ <input type="checkbox"/> 全科</td> <td>㊹ <input type="checkbox"/> その他</td> </tr> </table>						④ <input type="checkbox"/> 内科	⑤ <input type="checkbox"/> 心療内科	⑥ <input type="checkbox"/> 精神科	⑦ <input type="checkbox"/> 神経科	⑧ <input type="checkbox"/> 神経内科	⑨ <input type="checkbox"/> 呼吸器科	⑩ <input type="checkbox"/> 消化器科	⑪ <input type="checkbox"/> 胃腸科	⑫ <input type="checkbox"/> 循環器科	⑬ <input type="checkbox"/> アレルギー科	⑭ <input type="checkbox"/> リウマチ科	⑮ <input type="checkbox"/> 外科	⑯ <input type="checkbox"/> 整形外科	⑰ <input type="checkbox"/> 形成外科	⑱ <input type="checkbox"/> 脳神経外科	⑲ <input type="checkbox"/> 呼吸器外科	⑳ <input type="checkbox"/> 心臓血管外科	㉑ <input type="checkbox"/> 皮膚泌尿器科	㉒ <input type="checkbox"/> 皮膚科	㉓ <input type="checkbox"/> 泌尿器科	㉔ <input type="checkbox"/> 肛門科	㉕ <input type="checkbox"/> 眼科	㉖ <input type="checkbox"/> 気管食道科	㉗ <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科	㉘ <input type="checkbox"/> リハビリテーション科	㉙ <input type="checkbox"/> 歯科	㉚ <input type="checkbox"/> 放射線科		㉛ <input type="checkbox"/> 矯正歯科	㉜ <input type="checkbox"/> 歯科口腔科	㉝ <input type="checkbox"/> 麻酔科	㉞ <input type="checkbox"/> 小児科	㉟ <input type="checkbox"/> 小児外科	㊱ <input type="checkbox"/> 性病科	㊲ <input type="checkbox"/> 美容外科	㊳ <input type="checkbox"/> 産婦人科	㊴ <input type="checkbox"/> 産科	㊵ <input type="checkbox"/> 婦人科	㊶ <input type="checkbox"/> 小児歯科	㊷ <input type="checkbox"/> 理学療法科	㊸ <input type="checkbox"/> 全科
④ <input type="checkbox"/> 内科	⑤ <input type="checkbox"/> 心療内科	⑥ <input type="checkbox"/> 精神科	⑦ <input type="checkbox"/> 神経科	⑧ <input type="checkbox"/> 神経内科	⑨ <input type="checkbox"/> 呼吸器科	⑩ <input type="checkbox"/> 消化器科																																									
⑪ <input type="checkbox"/> 胃腸科	⑫ <input type="checkbox"/> 循環器科	⑬ <input type="checkbox"/> アレルギー科	⑭ <input type="checkbox"/> リウマチ科	⑮ <input type="checkbox"/> 外科	⑯ <input type="checkbox"/> 整形外科	⑰ <input type="checkbox"/> 形成外科																																									
⑱ <input type="checkbox"/> 脳神経外科	⑲ <input type="checkbox"/> 呼吸器外科	⑳ <input type="checkbox"/> 心臓血管外科	㉑ <input type="checkbox"/> 皮膚泌尿器科	㉒ <input type="checkbox"/> 皮膚科	㉓ <input type="checkbox"/> 泌尿器科	㉔ <input type="checkbox"/> 肛門科																																									
㉕ <input type="checkbox"/> 眼科	㉖ <input type="checkbox"/> 気管食道科	㉗ <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科	㉘ <input type="checkbox"/> リハビリテーション科	㉙ <input type="checkbox"/> 歯科	㉚ <input type="checkbox"/> 放射線科																																										
㉛ <input type="checkbox"/> 矯正歯科	㉜ <input type="checkbox"/> 歯科口腔科	㉝ <input type="checkbox"/> 麻酔科	㉞ <input type="checkbox"/> 小児科	㉟ <input type="checkbox"/> 小児外科	㊱ <input type="checkbox"/> 性病科	㊲ <input type="checkbox"/> 美容外科																																									
㊳ <input type="checkbox"/> 産婦人科	㊴ <input type="checkbox"/> 産科	㊵ <input type="checkbox"/> 婦人科	㊶ <input type="checkbox"/> 小児歯科	㊷ <input type="checkbox"/> 理学療法科	㊸ <input type="checkbox"/> 全科	㊹ <input type="checkbox"/> その他																																									
※数字は右詰めで記入してください。																																															
※医師数 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>		※看護師数 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>		※薬剤師数 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>																																											
※その他の従業員数 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>		※病床数 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>																																													
二次健診等費用の振込情報(口座関係1(労災診療費)と異なる場合又は、二次健診等給付医療機関のみの指定申請をした場合に記入してください。																																															
振込金融機関名		銀行 金庫 組合		振込店舗名																																											
※振込種別 普通…1 当座…3 通知…5 別段…7		※預金の口座番号(左詰め) <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>		※取消コード <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>																																											
※口座名義人(カタカナ)：左詰めで右端の枠まで続けて記入してください。																																															
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>																																															
※(フツキ) <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>																																															
※(フツキ) <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>																																															
※アフターケア委託費の振込先が口座関係1(労災診療費)と異なる場合に記入してください。																																															
振込金融機関名		銀行 金庫 組合		振込店舗名																																											
※振込種別 普通…1 当座…3 通知…5 別段…7		※預金の口座番号(左詰め) <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>		※取消コード2 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>																																											
※口座名義人(カタカナ)：左詰めで右端の枠まで続けて記入してください。																																															
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>																																															
※(フツキ) <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>																																															
※(フツキ) <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>																																															

※印の欄は記入しないでください。(職員が記入します。)
◎裏面の注意事項をよく読んで、記入してください。

注) 裏面の提出年月日、指定病院等の名称及び代表者の氏名を必ず記名又は署名してください。

提出用 2/2

労災保険指定医療機関休止・辞退届

病院（診療所）	名 称	
	所在地	

上記の病院（診療所）について、下記の理由により労働者災害補償保険法施行規則第11条第1項の規定による病院（診療所）としての指定を休止・辞退したく届出いたします。

休止・辞退年月日	年 月 日
休止・辞退する理由	
休止予定期間	年 月 日 ~ 年 月 日

年 月 日

三重労働局長 殿

住所 _____
 開設者 _____
 氏名 _____

「治ったとき」とは

労災保険における傷病が「治ったとき」とは、身体の諸器官・組織が健康時の状態に完全に回復した状態のみをいうものではなく、傷病の症状が安定し、医学上一般に認められた医療(注1)を行っても、その医療効果が期待できなくなった状態(注2)をいい、この状態を労災保険では「治癒」(症状固定)とといいます。

したがって、「傷病の症状が、投薬・理学療法等の治療により一時的な回復がみられるにすぎない場合」など症状が残存している場合であっても、医療効果が期待できないと判断される場合には、労災保険では「治癒」(症状固定)として、療養(補償)給付を支給しないこととなっています。

(注1) 「医学上一般に認められた医療」とは、労災保険の療養の範囲(基本的には、健康保険に準拠しています)として認められたものをいいます。
したがって、実験段階または研究的過程にあるような治療方法は、ここにいう医療には含まれません。

(注2) 「医療効果が期待できなくなった状態」とは、その傷病の症状の回復・改善が期待できなくなった状態をいいます。

例えば、次のような状態に至ったときは「治癒」(症状固定)となります。

例 1

切創もしくは割創の創面が癒着した場合または骨折で骨癒合した場合であって、たとえ疼痛などの症状が残っていても、その症状が安定した状態になり、その後の療養を継続しても改善が期待できなくなったとき。

例 2

骨癒合後の機能回復療法として理学療法を行っている場合に、治療施行時には運動障害がある程度改善されるが、数日経過すると、元の状態に戻るといった経過が一定期間にわたってみられるとき。

例 3

頭部外傷が治った後においても外傷性てんかんが残る場合があり、この時、治療によってそのてんかん発作を完全に抑制できない場合であっても、その症状が安定し、その後の療養を継続してもそれ以上てんかん発作の抑制が期待できなくなったとき。

例 4

外傷性頭蓋内出血に対する治療後、片麻痺の状態が残っても、その症状が安定し、その後の療養を継続しても改善が期待できなくなったとき。

例 5

腰部捻挫による腰痛症の急性症状は消退したが、疼痛などの慢性症状が持続している場合であっても、その症状が安定し、その後の療養を継続しても改善が期待できなくなったとき。

Ⅱ アフターケア制度

アフターケア制度について

【目的】業務災害、複数業務要因災害又は通勤災害により傷病にり患した者で、その症状が治った後も、再発や後遺障害に伴う新たな病気の発症を防ぐため、必要に応じて、診察、保健指導、保健のための処置、検査を行い、円滑な社会生活を営んでいただくことを目的としています。

※「治った」とは、完全な回復だけでなく、症状が安定し、治療をしてもそれ以上改善が期待できない状態を含みます。

【対象となる傷病】

アフターケアの対象とする傷病は、

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

であり、一定の障害等級などを対象者の要件をしています。

※「障害等級」とは、業務災害又は通勤災害による傷病が治った後、身体に一定の障害が残った場合に、その障害の程度に応じて第1級から第14級までの14段階に区分し、障害の程度を評価するものです。

【アフターケアの範囲】

社会復帰促進等事業としてのアフターケア実施要領に定めるところに限られます。（アフターケア制度一覧表のとおり）

※アフターケア委託費の請求方法及び記載要領はP 47～52を参照してください。

	せき髄損傷(01)	頭頸部外傷症候群等(21、22、23)	尿路系障害(24、25)
対象者	障害等級第3級以上の者(必要に応じ第4級以下の者)	①頭頸部外傷症候群、②頸肩腕障害、 ③腰痛の傷病に罹患した者で、障害等級第9級以上の者(必要に応じて第10級以下の者)	尿道狭さくの障害を残す者及び尿路変向術を受けた者で、障害(補償)給付を受けている者又は受けると見込まれる者
期間	新規…3年 更新…5年	新規…2年 更新…更新規定なし	新規…3年 更新…1年
診察	1ヶ月に1回程度	1ヶ月に1回程度	1～3ヶ月に1回程度
保健指導	診察の都度	診察の都度	診察の都度
保健の ための 処置	ア. 褥瘡処置 イ. 尿路処置 (導尿、膀胱洗浄、留置カテーテル設置・交換を含みます。) 医師が必要と認めた場合は、自宅等で使用するためのカテーテル、留置カテーテル(収尿袋を含みます。)、カテーテル用消毒液(洗浄剤及び潤滑剤を含みます。)及び滅菌ガーゼを支給 ウ. 薬剤の支給 ①抗菌薬(抗生物質、外用薬を含む) ②褥瘡処置用・尿路処置用外用薬 ③排尿障害改善薬および頻尿治療薬 ④筋弛緩剤(鎮痙薬を含む) 重症痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用埋込型ポンプに再充填する鎮痙薬を含む。 ⑤自律神経剤 ⑥末梢神経障害治療薬 ⑦向精神薬 ⑧鎮痛・消炎剤(外用薬を含む) ⑨整腸薬・下剤及び浣腸薬	薬剤の支給 ①神経系機能賦活薬 ②向精神薬(頭頸部外傷症候群に限る) ③筋弛緩剤 ④鎮痛・消炎薬(外用薬を含む) ⑤循環改善薬(鎮痙薬、血管拡張薬及び昇圧薬を含む)	ア. 尿道ブジー(誘導ブジーを含む) ①シャリエ式尿道ブジー第20番が辛うじて通り、時々拡張術を行う必要があるものの回数は、1～4か月に1回程度。 ②シャリエ式尿道ブジー第16番程度又は第19番程度により拡張術を要するものの回数は、目標番数(通常は20番)に達するまでの3～6か月は週1回程度とし、目標番数に達した後は、1～4か月に1回(尿道の状態の確認のための尿道ブジー)とする。 ③シャリエ式尿道ブジー第15番程度以下のブジーにより拡張術を要するものの回数は、上記②と同様とする。 ④糸状ブジーが辛うじて通るものは、再発として取り扱われる。 イ. 尿路処置(導尿・膀胱洗浄、留置カテーテル設置・交換を含む) 医師が必要と認めた場合は、自宅等で使用するカテーテル、留置カテーテル、カテーテル用消毒液等及び滅菌ガーゼを支給 ウ. 薬剤の支給 ①止血薬 ②抗菌薬(抗生物質を含む) ③自律神経薬 ④鎮痛・消炎薬 ⑤尿路処置用外用薬 ⑥排尿障害改善薬及び頻尿治療薬
検査	<1ヶ月に1回程度> ①尿検査(尿培養検査を含む) <年1回程度> ②末梢血液一般・生化学検査 ③膀胱機能検査(残尿測定検査含む) ④腎臓・膀胱及び尿道のエックス線検査 <年2回程度> ⑤CRP検査 <医学的に特に必要な場合(年1回程度)> ⑥損傷せき椎及び麻痺域関節のエックス線検査、CT及びMRI検査	<年1回程度> エックス線検査	<1～3ヶ月に1回程度> ①尿検査(尿培養検査を含む) <年2回程度> ②末梢血液一般・生化学的検査 ③CRP検査 <年1回程度> ④エックス線検査 ⑤腹部超音波検査 <代用膀胱を造設した者(年1回程度)> ⑥CT検査

	慢性肝炎(26、27)	白内障等の眼疾患(05)	振動障害(06)
対象者	ウイルス肝炎に罹患した者で、障害(補償)給付を受けている者又は受けると見込まれる者	白内障・緑内障・網膜剥離・角膜疾患・眼瞼内反等の眼疾患に罹患した者	振動障害に罹患した者
期間	新規…3年間 更新…1年間	新規…2年間 更新…1年間	新規…2年間 更新…1年間
診察	ア. HBe 抗原陽性者及び C 型肝炎ウイルス感染者は1ヶ月に1回程度 イ. HBe 抗原陰性者は6ヶ月に1回程度	1ヶ月に1回程度	1ヶ月に2～4回程度
保健指導	診察の都度	診察の都度	診察の都度
保健のための処置		ア. 睫毛抜去 イ. 薬剤の支給 ①外用薬 ②眼圧降下薬	ア. 理学療法…特に必要と認められる場合 イ. 注射…特に必要と認められる場合、一時的な消炎・鎮痛のため ウ. 薬剤の支給 ①ニコチン酸薬 ②循環ホルモン薬 ③ビタミン B ₁ 、B ₂ 、B ₆ 、B ₁₂ 、E 剤 ④Ca拮抗薬 ⑤交感神経α-受容体抑制薬 ⑥鎮痛・消炎薬(外用薬を含む)
検査	<6ヶ月に1回程度> ①末梢血液一般検査 ②生化学的検査 ・HBe 抗原陽性者及び C 型肝炎ウイルス感染者は1ヶ月に1回程度 ・HBe 抗原陰性者は6か月に1回程度 ③腹部超音波検査 <医学的に特に必要な場合> ④B型肝炎ウイルス感染マーカー ⑤HCV抗体 ⑥HCV-RNA 同定(定性)検査 ⑦AFP(α-フェトプロテイン) ⑧PIVKA-II ⑨プロトロンビン時間検査 ⑩CT検査	<1ヶ月に1回程度> ①矯正視力検査 ②屈折検査 ③細隙燈顕微鏡検査 ④前房隅角検査 ⑤精密眼圧測定 ⑥精密眼底検査 ⑦量的視野検査	<1年に1回程度> ①末梢血液一般・生化学的検査 ②尿検査 ③末梢循環機能検査 (i) 常温下皮膚温・爪圧迫検査 (ii) 冷水負荷皮膚温・爪圧迫検査 ④末梢神経機能検査 (i) 常温下痛覚・振動覚検査 (ii) 冷水負荷痛覚・振動覚検査 (iii) 神経伝導速度検査(遅発性尺骨神経麻痺の場合のみ) ⑤末梢運動機能検査(握力の検査) <2年に1回程度> ⑥手関節及び肘関節の엑스線検査(放射線による身体的影響を考慮して必要と認められる方に限り)

	大 腿 骨 頸 部 骨 折 及 び 股 関 節 脱 臼 ・ 脱 臼 骨 折 (07)	人 工 関 節 ・ 人 工 骨 頭 置 換 (08)	慢 性 化 膿 性 骨 髄 炎 (09)
対 象 者	大腿骨頸部骨折及び股関節脱臼・脱臼骨折をした者	人工関節・人工骨頭に置換した者	骨折等により化膿性骨髄炎を併発し、引き続き慢性化膿性骨髄炎に移行した者
期 間	新規…3年間 更新…1年間	新規…3年間 更新…5年間	新規…3年間 更新…1年間
診 察	3～6ヶ月に1回程度	3～6ヶ月に1回程度	1～3ヶ月に1回程度
保 健 指 導	診察の都度	診察の都度	診察の都度
保 健 の た め の 処 置	薬剤の支給 鎮痛・消炎薬（外用薬を含む）	薬剤の支給 鎮痛・消炎薬（外用薬を含む）	薬剤の支給 ①抗菌薬（抗生物質、外用薬を含む） ②鎮痛・消炎薬（外用薬を含む）
検 査	<3～6ヶ月に1回程度> ①末梢血液一般・生化学的検査 ②エックス線検査 <医学的に特に必要な場合> ③シンチグラム、CT、MRI等検査	<3～6ヶ月に1回程度> ①末梢血液一般・生化学的検査 ②エックス線検査 <1年に2回程度> ③CRP検査 <医学的に特に必要な場合> ④シンチグラム検査	<1～3ヶ月に1回程度> ①末梢血液一般・生化学的検査 <診察の都度、必要に応じて> ②細菌検査 <1年に2回程度> ③CRP検査 <3～6ヶ月に1回程度> ④エックス線検査 <医学的に特に必要な場合> ⑤シンチグラム、CT、MRI等検査

	虚血性心疾患等(28、29)		尿路系腫瘍(11)
対象者	虚血性心疾患に罹患した者で、障害等級第9級以上の者(必要に応じて第10級以下の者)	ペースメーカ又は除細動器を植え込んだ者	尿路系腫瘍に罹患した者
期間	新規…3年間 更新…1年間	新規…3年間 更新…5年間	新規…3年間 更新…1年間
診察	1ヶ月に1回程度	1～3ヶ月に1回程度	1ヶ月に1回程度
保健指導	診察の都度	診察の都度	診察の都度
保健のための処置	薬剤の支給 ①抗狭心症薬 ②抗不整脈薬 ③心機能改善薬 ④循環改善薬(利尿薬を含む) ⑤向精神薬	ア. ペースメーカ等の定期チェック ペースメーカ等のパルス幅、スパイク間隔、マグネットレート、刺激閾値、感度等の機能指標の計測とともに、アフターケア上必要な指導を行うため、6ヶ月～1年に1回程度実施。 イ. 薬剤の支給 ①抗狭心症薬 ②抗不整脈薬 ③心機能改善薬 ④循環改善薬(利尿薬を含む) ⑤向精神薬	薬剤の支給 ①再発予防のための抗がん薬(医学的に特に必要な場合にのみ行われ、投与期間は症状固定後1年以内) ②抗菌薬(抗生物質を含む)
検査	<1ヶ月に1回程度> ①末梢血液一般・生化学的検査 ②尿検査 ③心電図検査(安静時及び負荷検査) ④胸部エックス線検査 <医学的に特に必要な場合> ⑤ホルター心電図検査 ⑥心臓超音波検査 ⑦心臓核医学検査	<1～6ヶ月に1回程度> ①末梢血液一般・生化学的検査 ②尿検査 ③心電図検査(安静時及び負荷検査) <6ヶ月に1回程度> ④胸部エックス線検査 <1年に1回程度> ⑤ホルター心電図検査 <医学的に特に必要な場合> ⑥心臓超音波検査 ⑦心臓核医学検査	<1ヶ月に1回程度> ①尿検査(尿培養検査を含む) ②尿細胞診検査 <3～6ヶ月に1回程度> ③内視鏡検査 ④超音波検査 ⑤腎盂造影検査 ⑥CT検査

	脳 の 器 質 性 障 害 (3 0、 3 1、 3 2、 3 3、 3 4)	外 傷 による 末 梢 神 経 損 傷 (1 4)
対 象 者	①～⑤に掲げる傷病に由来する脳の器質性障害が残存した障害等級第9級以上の者 (必要に応じ第10級以下の者) ①外傷による脳の器質的損傷 ②一酸化炭素中毒(炭鉱災害によるものを除く) ③減圧症 ④脳血管疾患 ⑤有機溶剤中毒等{一酸化炭素中毒(炭鉱災害によるものを含む)を除く}	外傷により末梢神経損傷に起因し、症状固定後も激しい疼痛が残存する者で、障害等級第12級以上の者
期 間	新規 ア. 外傷による脳の器質的損傷、一酸化炭素中毒及び減圧症…2年間 イ. 脳血管疾患及び有機溶剤中毒等…3年間 更新…1年間	新規…3年間 更新…1年間
診 察	1ヶ月に1回程度	1ヶ月に1～2回程度
保 健 指 導	診察の都度	診察の都度
保 健 の た め の 処 置	ア. 精神療法及びカウンセリング(生活指導に重点を置いたもの) イ. 四肢麻痺が出現した者は次の処置 ①褥瘡処置 ②尿路処置(導尿、膀胱洗浄、留置カテーテル設置・交換を含む) 医師が必要と認めた場合は、自宅等で使用するためのカテーテル、留置カテーテル、カテーテル用消毒液及び滅菌ガーゼを支給 ウ. 薬剤の支給 ①神経系機能賦活薬・②向精神薬・③筋弛緩薬・④自律神経薬 ⑤鎮痛・消炎薬(外用薬を含む)・⑥抗パーキンソン薬 ⑦抗てんかん薬(外傷性てんかんのある者及び発症のおそれのある者) ⑧循環改善薬(鎮量薬、血管拡張薬及び昇圧薬を含む) (四肢麻痺の者は、下記薬剤を支給) ①抗菌薬(抗生物質、外用薬を含む)・②褥瘡処置用、尿路処置外用薬 ③排尿障害改善薬及び頻尿治療薬 ④筋弛緩薬(鎮痙薬を含む) 重症痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用埋込型ポンプに再充填する鎮痙薬を含む ⑤末梢神経障害治療薬・⑥整腸薬、下剤及び浣腸薬	ア. 注射…1か月に2回を限度として神経ブロックを行うことができる。 イ. 薬剤の支給 ①鎮痛・消炎薬(外用薬を含む) ②末梢神経障害治療薬 ③神経障害性疼痛治療薬 ④向精神薬 ただし、疼痛の治療や処置に効果が認められている薬剤(抗うつ薬、抗けいれん薬)に限る。
検 査	<1年に1回程度> ①末梢血液一般・生化学的検査・②尿検査・③脳波検査・④心理検査 ⑤視機能検査(眼底検査を含む)(必要な場合) ⑥前庭平衡機能検査(必要な場合)・⑦頭部のエックス線検査 ⑧頭部のCT、MRI等検査(医学的に特に必要な場合) (四肢麻痺等がある者は、下記の検査) <診察の都度、必要に応じて> ①尿検査(尿培養検査を含む) <1年に2回程度> ②CRP検査 <1年に1回程度> ③膀胱機能検査(残尿測定検査を含む) ④腎臓、膀胱及び尿道のエックス線検査 ⑤麻痺域関節のエックス線、CT、MRI等検査(医学的に特に必要な場合)	<1ヶ月に1回程度> ①末梢血液一般・生化学的検査 ②尿検査 <医学的に特に必要な場合> (1年に2回程度) ③エックス線検査 ④骨シンチグラフィ検査

	熱 傷 (15)	サ リ ン 中 毒 (16)	精 神 障 害 (17)
対 象 者	熱傷の傷病者で、傷痕 (部分や大きさ) が障害等級第 14 級以上の者	サリンに中毒した者で、次の①～④の後遺症状を残す者 ①縮瞳、視覚障害等の眼に関連する障害 ②筋委縮、筋力低下、感覚障害等の末梢神経障害及び筋障害 ③記憶力の低下、脳波の異常等の中枢神経障害 ④心的外傷後ストレス障害	業務災害、複数業務要因災害又は通勤災害により精神障害を発病した者で、次の①～④に掲げる後遺症状を残す者 ①気分の障害 (抑うつ、不安等) ②意欲の障害 (低下等) ③慢性化した幻覚性の障害又は慢性化した妄想性の障害 ④記憶の障害又は知的能力の障害
期 間	新規…3 年間 更新…1 年間	新規…3 年間 更新…1 年間	新規…3 年間 更新…1 年間
診 察	1 ヶ月に 1 回程度	1 ヶ月に 1 回程度	1 ヶ月に 1 回程度
保 健 指 導	診察の都度	診察の都度	診察の都度
保 健 の た め の 処 置	薬剤の支給 ①鎮痛・消炎薬 (外用薬を含む) ②血行促進剤 (外用薬を含む) ③抗菌薬 (外用薬を含む) ④皮膚保湿剤 ⑤皮膚保護剤 ⑥抗アレルギー薬 ⑦末梢神経障害治療薬 ⑧神経障害性疼痛治療薬	ア. 精神療法及びカウンセリング 心的外傷後ストレス障害がある場合は、必要に応じてカウンセリングの実施 イ. 薬剤の支給 ①点眼薬 ②神経系機能賦活薬 ③向精神薬 ④自律神経薬 ⑤鎮痛・消炎薬 (外用薬を含む)	ア. 精神療養及びカウンセリング 気分の障害又は慢性化した幻覚性の障害若しくは慢性化した妄想性の障害がある場合は、必要に応じて精神療法及びカウンセリングの実施 イ. 薬剤の支給 ①向精神薬 ②神経系機能賦活薬
検 査	< 1 年に 1 回程度 > ①末梢血液一般・生化学的検査 ②尿検査	< 1 年に 2 回程度 > ①末梢血液一般検査・生化学的検査 ②尿検査 ③視機能検査 (眼底検査を含む) ④末梢神経機能検査 (神経伝達速度検査) ⑤心電図検査 ⑥筋電図検査 ⑦脳波検査 ⑧心理検査	< 1 年に 2 回程度 > ①心理検査 ②脳波検査・CT・MRI 検査 ③末梢血液一般・生化学的検査 (向精神薬を使用している場合)

	循 環 器 障 害 (3 5、3 6、3 7)		呼 吸 機 能 障 害 (1 9)
対 象 者	心臓弁を損傷した者、心膜の病変の障 害を残す者	人工弁又は人工血管に置換した者	呼吸機能障害を残す者で障害（補償）給 付を受けている者
期 間	新規… 3 年間 更新… 1 年間	新規… 3 年間 更新… 5 年間	新規… 3 年間 更新… 1 年間
診 察	1 ～ 3 ヶ月に 1 回程度	1 ～ 3 ヶ月に 1 回程度	1 ヶ月に 1 回程度
保 健 指 導	診察の都度	診察の都度	診察の都度 特に喫煙者に対して日常生活上の配慮 として禁煙指導。ただし、私病であるニコ チン依存症の治療は行えない。
保 健 の た め の 処 置	薬剤の支給 ①抗不整脈薬 ②心機能改善薬 ③循環改善薬（利尿薬を含む） ④向精神薬（心臓弁を損傷した者及び人工弁に置換した者） ⑤血液凝固阻止薬（人工弁又は人工血管に置換した者）		薬剤の支給 ①去痰薬 ②鎮咳薬 ③喘息治療薬 ④抗菌薬（抗生物質を含む） ⑤呼吸器用吸入薬及び貼付薬 ⑥鎮痛・消炎薬（外用薬を含む）
検 査	< 1 ～ 6 ヶ月に 1 回程度 > ①末梢血液一般・生化学的検査 ②尿検査 < 3 ～ 6 ヶ月に 1 回程度 > ③心電図検査（安静時及び負荷検査） ④エックス線検査	< 1 ～ 6 ヶ月に 1 回程度 > ①末梢血液一般・生化学的検査 ②尿検査 < 3 ～ 6 ヶ月に 1 回程度 > ③心電図検査（安静時及び負荷検査） ④エックス線検査 ⑤心音図検査（人工弁置換者のみ） < 1 年に 1 回程度 > ⑥心臓超音波検査 < 1 年に 2 回程度 > ⑦CRP検査 < 1 年に 1 回程度 > ⑧脈波図検査（人工血管置換者のみ） < 医学的に必要な場合 > ⑨CT又はMRI検査（人工血管置換者 のみ）	< 1 年に 2 回程度 > ①末梢血液一般・生化学的検査 ②CRP検査 ③喀痰細菌検査 ④スパイログラフィー検査 ⑤胸部エックス線検査 < 1 年に 2 ～ 4 回程度 > ⑥血液ガス分析 < 1 年に 1 回程度 > ⑦胸部CT検査

	消化器障害(20)	炭鉱災害による一酸化炭素中毒症(00)	アフターケア傷病コード
対象者	消化吸收障害等を残す者又は消化器 ストマを造設した者で障害(補償)給付 を受けている者	炭鉱災害による一酸化炭素中毒症に罹 患した者	00… 炭鉱災害による一酸化炭素中毒症 01… せき髄損傷 05… 白内障等の眼疾患 06… 振動障害 07… 大腿骨頸部骨折及び股関節脱臼・脱臼 骨折 08… 人工関節・人工骨頭置換 09… 慢性化膿性骨髄炎 11… 尿路系腫瘍 14… 外傷による末梢神経損傷 15… 熱傷 16… サリン中毒 17… 精神障害 19… 呼吸機能障害 20… 消化器障害 21… 頭頸部外傷症候群等 (頭頸部外傷症候群) 22… 頭頸部外傷症候群等 (頸肩腕障害) 23… 頭頸部外傷症候群等(腰痛) 24… 尿路系障害 (尿道狭さく及び尿路変向術後) 25… 尿路系障害(代用膀胱造設後) 26… 慢性肝炎 (HBe 抗原陽性及び C 型肝炎ウイルス感 染) 27… 慢性肝炎(HBe 抗原陰性) 28… 虚血性心疾患等(虚血性心疾患) 29… 虚血性心疾患等 (ペースメーカ及び除細動器) 30… 脳の器質性障害 (一酸化炭素中毒症(炭鉱災害を除く)) 31… 脳の器質性障害 (外傷による脳の器質的損傷) 32… 脳の器質性障害(減圧症) 33… 脳の器質性障害(脳血管疾患) 34… 脳の器質性障害(有機溶剤中毒等) 35… 循環器障害(弁損傷及び心膜病変) 36… 循環器障害(人工弁置換後) 37… 循環器障害(人工血管置換後)
期間	新規… 3年間 更新… 1年間	新規… 3年間 更新… 1年間	
診察	1ヶ月に1回程度	1ヶ月に1回程度	
保健指導	診察の都度	診察の都度	
保健のため の処置	ア. ストマ処置 イ. 外瘻の処置 ウ. 自宅等で使用する滅菌ガーゼの支給 エ. 薬剤の支給 ①整腸薬・止瀉薬 ②下剤・浣腸薬 ③抗貧血用薬 ④消化性潰瘍用薬 ⑤蛋白分解酵素阻害薬 ⑥消化酵素薬 ⑦抗菌薬(抗生物質、外用薬を含む) ⑧鎮痛・消炎薬(外用薬を含む)	薬剤の支給 ①脳機能賦活薬 ②向精神薬 ③筋弛緩薬(鎮痙薬を含む) ④鎮痛薬 ⑤血管拡張薬 ⑥抗パーキンソン薬 ⑦抗痙攣薬 ⑧内服昇圧薬	
検査	<3ヶ月に1回程度> ①末梢血液一般・生化学的検査 ②尿検査 <医学的に特に必要な場合> ③腹部超音波検査 ④消化器内視鏡検査(ERCPを含む) ⑤腹部エックス線検査 ⑥腹部CT検査	<1年に1回程度> ①全身状態の検査 ②自覚症状の検査 ③精神、神経症状の一般的検査 <①～③の結果医学的に特に必要な場合> ④尿中の蛋白、糖及びウロビリノーゲンの検査 ⑤赤血球沈降速度及び白血球数の検査 ⑥視野検査 ⑦脳波検査 ⑧心電図検査 ⑨胸部エックス線検査 ⑩CT、MRI検査	

アフターケア委託費の請求方法及び記載要領

三重労働局労働基準部
労災補償課

1 請求書の提出先

三重労働局労働基準部労災補償課分室
〒514-0033 津市丸の内 26-8 津合同庁舎 4 階
TEL(059)213-5511

2 提出期限

毎月月末締め、提出締切日は、翌月の10日（土曜、日曜又は祝日の場合は、その翌日となります。）午後5時までに提出してください。

なお、郵送の場合についても上記と同様の扱いとします。

3 使用する様式

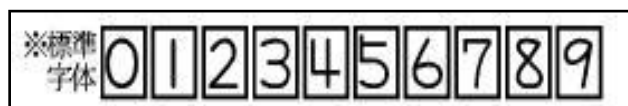
	区 分	様式番号	帳票種別	備 考
①	アフターケア委託費 請求書	実施要領様式第5号	37700	内訳書の総括表
②	アフターケア委託費 請求内訳書	実施要領様式 第5号の2	37702	診察日ごとに作成

4 記入にあたって

(全般的注意事項)

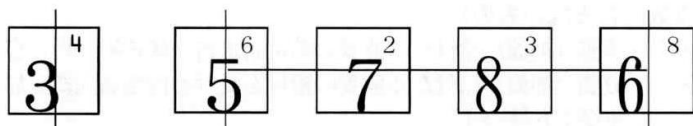
請求書やレセプト（内訳書）は、OCR（光学的文字読取装置）で処理しますので次の点にご注意ください。

- (1) 筆記用具は黒のボールペンか細字用サインペンを用いて記入。
- (2) 文字は、各帳票に印刷してある「標準字体」にならって枠内に大きめに書くこと。
記入枠からはみ出したり、小さすぎる文字やデザイン文字読取不能となるので注意すること。



- (3) 書き損じた場合は、次のように枠の上中を少し超えるように縦に線を引き、枠の右上隅に正しい数字を書くこと。

(訂正例)



6 アフターケア委託費請求内訳書の記入要領②

振込種別 37702	修正項目番号 □	① 支払額 □□□□□□□□
② アフターケア手帳番号 □□□□□□□□□□□□□□□□		職員記入欄
③ 診察年月日 7平成 □□□□□□ 9令和 □□□□□□	④ 査定額 増 □□□□□□□□ 減 □□□□□□□□	
⑤ 検査年月日 (健康診断年月日) 7平成 □□□□□□ 9令和 □□□□□□	⑥ 増減理由 □□ ⑦ 処理区分 □□ ⑧ 決定年月日 9令和 □□□□□□□□	
⑨ 合計額 (イ)+(ロ) □□□□□□□□	修正額 □□□□□□□□□□□□□□	

※ 記載注意事項

- (1) ②「アフターケア手帳番号」を記入してください。

「アフターケア手帳番号」は更新、再交付等により、番号が変更になる場合があるので診察時に必ず確認してください。

※アフターケア対象者が受診する際には、その都度、アフターケア手帳を医療機関に提出することになっていきますので、医療機関においては、アフターケア手帳番号および有効期間を診察の都度確認のうえ、所定欄に措置の結果等を記入してください。(別紙記載例参照)

- (2) ③診察年月日を記入してください。

内訳書は1回の診察ごとに1枚作成します。

- (3) 費用の算定方法について

アフターケアに要した費用の額の算定方法は、労災診療費算定基準に準拠することになりますが、労災診療費算定基準、健保点数表及び調剤点数表が改定されたときは改定後の額とします。

①診察

ア 労災診療費算定基準に定める初診料又は再診料の額若しくは健保点数表に定める外来診療料の点数に労災診療費算定基準に定める労災診療単価を乗じて得た額です。

なお、診療中止後1か月以上経過した場合の取扱いも、慢性疾患等明らかに同一疾病の治療として初診料は算定できません。

イ 治ゆ後、療養を行っていた医療機関において引き続きアフターケアを受ける場合、アフターケアにおける最初の診察については、労災診療費算定基準に定める再診料又は健保点数表に定める外来診療料を算定します。

ウ 労災診療費算定基準に定める「初診時ブラッシング料」及び「再診時療養指導管理料」並びに健保点数表に定める外来管理加算、てんかん指導料は、アフターケアにおいては算定できませんのでご注意ください。

②保健指導

- ア 健保点数表に定める「特定疾患療養指導料」の点数に労災診療単価を乗じて得た額です。
- イ 月2回の算定を限度とします。
- ウ 許可病床数が200床以上の病院においては、保険指導の費用は算定できません。
- エ 同一医療機関において、2以上の診療科にわたりアフターケアを受けている場合には、主たる対象傷病に係るアフターケアに対してのみ算定とします。

③保険のための処置

- ア 処置については、次に定めるところによるほか、健保点数表に定める点数に労災診療単価を乗じて得た額とします。

- ・ 労災保険法施行規則第11条の規定により指定された薬局における薬剤の支給については、調剤点数表により算定した額とします。
- ・ 「精神療法及びカウンセリング」については、健保点数表に定める「通院精神療法」又は「通院集団精神療法」の点数に労災診療単価を乗じて得た額とします。
なお、当該処置を実施した場合は、保険指導の費用は重ねて算定できません。
- ・ 診察日に通院集団精神療法を実施し、そのプログラムに職場復帰支援のプログラムが含まれている場合は、精神科職場復帰支援加算が算定できます。
- ・ 「重症痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用埋込型ポンプに再充填する鎮痙薬」の支給については、薬剤の費用と併せて健保点数表に定める「重症痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用埋込型ポンプ薬剤再充填」の点数に労災診療単価を乗じて得た額とします。

- イ 処置に伴い、保健のために必要な材料（以下「処置材料」という。）を支給した場合には、医療機関の購入単価を10円で除して得た点数に労災診療単価を乗じて得た額とします。

- ウ 処置材料は、担当医から直接処方され、授与されたものに限られるもので、たとえ担当医の指示によるものであっても、薬局等から市販のガーゼ、カテーテルなどを対象者が自ら購入するものは、支給の対象とはなりません。

- エ 自宅等で使用するためのカテーテルなどの支給に係る費用については、カテーテルなどの材料に係る費用のみ算定できるものであり、健保点数表に定める「在宅療養指導管理料」の項目は算定できません。

- オ 処置材料を算定する場合には、レセプトの処置料の欄に記載してください。なお、自宅等で交換のために使用する滅菌ガーゼの費用の請求に際しては、褥創の詳細、ガーゼの枚数及びサイズ等をレセプトの裏面に記載してください。

カ アフターケアの対象となる薬剤は、薬効別分類に該当する薬剤のみとなります。

ただし、鎮痛薬に併用する健胃消化薬（抗潰瘍薬を含む。）についてはアフターケアの範囲と認められ算定できます。

キ 抗てんかん薬、抗不整脈薬及び健保点数表において特定薬剤治療管理料の対象として認められている向精神薬を継続投与する場合であって、当該薬剤の血中濃度を測定し、その測定結果に基づき当該薬剤の投与量を精密に管理した場合には、健保点数表に定める「特定薬剤治療管理料」の点数に労災診療単価を乗じて得た額とします。

なお、同一の方について月1回以内に当該薬剤の血中濃度の測定及び投与量の管理を2回以上行った場合においては、特定薬剤治療管理料を1回とし、第1回の測定及び投与量の管理を行ったときに算定してください。

ク 「医学的に特に必要と認められる場合に限り実施」するものと定められた処置を実施した場合には、レセプトの摘要欄に「特に必要と認められる」理由を具体的に記入してください。

④検査

ア 健保点数表に定める点数に労災診療単価を乗じて得た額です。

- ・ 振動障害に係る検査の一部については、労災診療費算定基準に定める所定の点数に労災診療単価を乗じて得た額となります。
- ・ 虚血性心疾患等における「ペースメーカー等の定期チェック」については、健保点数表に定める「心臓ペースメーカー指導管理料」の点数に労災診療単価を乗じて得た額です。なお、「ペースメーカー等の定期チェック」を実施した場合は、保健指導の費用に重ねて算定できません。

イ 検査を行うに当たって使用される薬剤については、健保点数表に定める点数に労災診療単価を乗じて得た額とします。

ウ 「医学的に特に必要と認められる場合に限り実施」するものと定められた処置を実施した場合には、レセプトの摘要欄に「特に必要と認められる」理由を具体的に記入してください。

⑤保険のための薬剤の支給

ア 健保点数表に定める点数に労災診療単価を乗じて得た額です。

イ アフターケアの対象となる薬剤は、薬効別分類に該当する薬剤のみとなります。

ただし、鎮痛薬に併用する健胃消化薬については、アフターケアの範囲と認められます。

ウ 労災指定薬局における薬剤の支給に係る費用の額は、調剤点数表により算定した額です。

Ⅲ 労災保険二次健康診断等給付

労災保険二次健康診断等給付等費用の請求方法及び記載要領

二次健康診断等給付について

労働者の業務上の事由による脳血管疾患及び心臓疾患の発症の予防をはかるため、労働安全衛生法に基づく定期健康診断の結果、脳血管疾患及び心臓疾患を発症するリスクが高い健康状態にあると認められる労働者に対して、二次的な健康診断（下記の検査）と医師等による保険指導の給付を行います。

項 目	内 容
① 空腹時血中脂質検査	空腹時において血液を採取し、食事による影響を排除した低比重リポ蛋白コレステロール（LDLコレステロール）、高比重リポたんぱくコレステロール（HDLコレステロール）及び血清トリグリセライド（中性脂肪）の量により血中脂質を測定する検査。
② 空腹時血中グルコースの量の検査 （空腹時血糖値検査）	空腹時において血液を採取し、食事による影響を排除した血中グルコースの量（血糖値）を測定する検査。 ※グルコース＝ブドウ糖
③ ヘモグロビンA1c （エーワンシー）検査	食事による一時的な影響力が少なく、過去1～2ヶ月間における平均的な血糖値を表すとされているヘモグロビンA1cの割合を測定する検査。 ※一次健康診断において当該検査を行った場合を除く。 ※ヘモグロビンA1c検査＝ヘモグロビンにグルコースが結合したものの。
④ 負荷心電図検査又は 胸部超音波検査 （心エコー検査）	<ul style="list-style-type: none"> ・負荷心電図検査 階段を上り下りしたり、ベルトコンベアの上を歩くなどの運動により心臓に負荷を加えた状態で、心電図を計測する検査。 ・胸部超音波検査（心エコー検査） 超音波探触子を胸壁にあて、心臓の状態を調べる検査。 ※いずれか一方の検査に限る。
⑤ 頸部超音波検査 （頸部エコー検査）	超音波探触子を頸部にあて、脳に入る動脈の状態を調べる検査。
⑥ 微量アルブミン尿検査	尿中のアルブミンの量を精密に測定する検査。（定量のみ） ※一次健康診断において尿蛋白検査の所見が擬陽性（±）又は弱陽性（+）である者に限る。 ※アルブミン＝血清中に多く存在するタンパク質の1種。

1 請求書の提出先

三重労働局労働基準部労災補償課分室
〒514-0033 津市丸の内 26-8 津合同庁舎 4 階
TEL(059)213-5511

2 提出期限

毎月月末締め、提出締切日は、翌月の10日（土曜、日曜又は祝日の場合は、その翌日となります。）午後5時までに提出してください。

なお、郵送の場合についても上記と同様の扱いとします。

3 使用する様式

	区 分	様式番号	帳票種別	備 考
①	労災保険二次健診等 給付等費用請求書	二機様式第1号	38700	内訳書総括表 (別紙1)
②	二次健康診断等費用 請求内訳書	二機様式第2号	38701	4枚綴の都道府県提出用 (別紙2)

※ 添付する書類

	区 分	様式番号	帳票種別	備 考
③	二次健診等給付請求書	様式第16号の10の2	38530	労働者からの請求書
④	一次健康診断結果			写し

4 記入にあたって

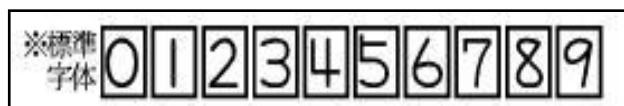
(全般的注意事項)

請求書やレセプト（内訳書）は、OCR（光学的文字読取装置）で処理しますので次の点にご注意ください。

(1) 筆記用具は黒のボールペンか細字用サインペンを用いて記入。

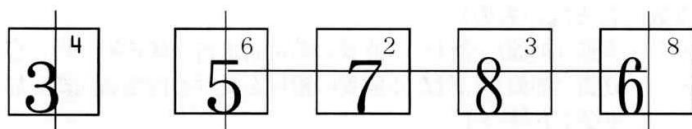
(2) 文字は、各帳票に印刷してある「標準字体」にならって枠内に大きめに書くこと。

記入枠からはみ出したり、小さすぎる文字やデザイン文字読取不能となるので注意すること。



(3) 書き損じた場合は、次のように枠の上中を少し超えるように盾に線を引き、枠の右上隅に正しい数字を書くこと。

(訂正例)



5 費用請求書の作成①

- (1) ①「健診給付病院等の番号」欄は、三重労働局長が各健診給付病院ごとに振り出した番号（7桁）を記入してください。
- (2) ②「受付年月日」欄は記入しないでください。
- (3) ③「請求金額」欄は、その請求書に添付されている各レセプトの「合計額」を集計した額を記入し、金額の頭に¥マークを記入してください。

※ 提出前に必ず点検を行い、「請求金額」と各レセプトの「合計額」の集計が確実に合っているか確認してください。

請求金額は訂正できません。紙を改め新たに作成してください。

- (4) ④「内訳書添付枚数」欄は、その請求書に添付されているレセプトだけの枚数を記入してください。

6 費用請求内訳書レセプトの記入要領②

- (1) 別紙2の記載例のとおり

- (2) 請求金額について
別紙3の組み合わせ表により算定します。

- (3) 請求する内訳書

4枚綴の都道府県提出用（3枚は健診給付病院、労働者、事業場の控えとなります。）

- (4) 特定保健指導

脳・心臓疾患の発生の予防を図るため、医師又は保健師の面接により行われる栄養指導、運動指導及び生活指導

※脳又は心臓疾患の症状がない方に対しては必ず行ってください。

項目	内容
① 栄養指導	適切なカロリーの摂取等食生活上の指針を示す指導。
② 運動指導	必要な運動の指針を示す指導。
③ 生活指導	飲酒、喫煙、睡眠等の生活習慣に係る指導。

7 留意事項

- (1) 二次健診等給付請求書（様式第16号の10の2）③

一次健康診断結果欄 ⑩欄 検査方法 ヘモグロビンA1cの検査がされている場合コードは「3」になります。

- (2) 二次健診等給付請求書（様式第16号の10の2）③

⑪欄請求年月日が⑩欄一次健康診断年月日から3ヶ月を超えていないか確認3ヶ月を超えている場合は理由が必要です。

- (3) 二次健診等給付請求書（様式第16号の10の2）③

一次健康診断結果欄⑭血圧⑮血中脂質⑯血糖⑰BMIが3「無」の場合

一次健康診断を行った医師が異常の所見がないと診断した項目について、産業医等が異常の所見があると診断された場合、当該産業医等が新たに所見があると診断した項目について、該当するものに○でかこみ診断した産業医等の記名又は署名が必要です。

労働者災害補償保険二次健康診断等費用請求書

帳票種別 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">38700</div>	※修正項目番号 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	①健診給付病院等の番号 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 9 令和	②※受付年月日 元号 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 年 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 月 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 日 <small>1~9年・月・日はそれぞれ右へ</small>	⑦※管轄局 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 50%; text-align: center;">③ 請求金額</th> <th style="width: 50%; text-align: center;">④内訳書添付枚数</th> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">百</td> <td style="width: 10%;">千</td> <td style="width: 10%;">円</td> </tr> <tr> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> </tr> </table> <p style="font-size: small;">金額の頭に¥マークを付けてください。</p> </td> <td style="padding: 5px;"> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>枚</td> </tr> <tr> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> </tr> </table> </td> </tr> </table>		③ 請求金額	④内訳書添付枚数	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">百</td> <td style="width: 10%;">千</td> <td style="width: 10%;">円</td> </tr> <tr> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> </tr> </table> <p style="font-size: small;">金額の頭に¥マークを付けてください。</p>	百	千	円	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>枚</td> </tr> <tr> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> </tr> </table>	枚	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	⑤請求年 ⑥請求月 ※修正欄 元号 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 年 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 月分 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>		
③ 請求金額	④内訳書添付枚数																			
<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">百</td> <td style="width: 10%;">千</td> <td style="width: 10%;">円</td> </tr> <tr> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> </tr> </table> <p style="font-size: small;">金額の頭に¥マークを付けてください。</p>	百	千	円	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>枚</td> </tr> <tr> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> </tr> </table>	枚	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>							
百	千	円																		
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>																		
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>																		
枚																				
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>																				
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>																				
<p>_____ ほか _____ 名に対する二次健康診断等費用の内訳は、別紙内訳書のとおり。 上記の金額を請求します。</p> <p style="text-align: center;">令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p style="text-align: right;">郵便番号 _____</p> <p style="text-align: right;">住所 (所在地) _____</p> <p style="text-align: right;">請求人の名称 (病院又は診療所) _____</p> <p style="text-align: right;">責任者氏名 _____</p> <p style="text-align: right;">労働局長 殿 電話番号 _____</p> <p>受付印</p> <div style="border: 1px dashed black; width: 200px; height: 100px; margin: 10px auto;"></div>																				

※印の欄は記入しないでください。

二機様式第2号

(都道府県労働局提出用)

健診給付 病院等 番号		健診給付 病院等の 名称	
-------------------	--	--------------------	--

紙票種別 38701	*修正項目番号 □□
② 府県所管管轄 基幹番号 枝番号	
④ 労働者のシメイ(カナ) : 姓と名の間は1文字あけてください。	
⑦ 労働者の生年月日 元号 年 月 日	
⑨ 二次健康診断受診年月日 元号 年 月 日	
⑩ 請求額 万 千 百 十 円	

①支払額
万 千 百 十 円

③増減コード及び増減額
+増 万 千 百 十 円
-減

⑤増減理由 ⑥処理区分

⑧決定年月日
元号 年 月 日

職員記入欄

二
次
健
康
診
断
等
費
用
請
求
内
訳
書

事業 の 名 称	
事業 場 の 所 在 地	
検査 項目 1	⑪空腹時血中脂質検査 1有 <input type="checkbox"/> 3無 <input type="checkbox"/> ※
検査 項目 2	⑫空腹時血糖値検査 1有 <input type="checkbox"/> 3無 <input type="checkbox"/> ※
検査 項目 3	⑬ヘモグロビンA1c検査 1有 <input type="checkbox"/> 3無 <input type="checkbox"/> ※
検査 項目 4	⑭負担心電図検査又は胸部超音波検査(心エコー検査) 1負担心電図 <input type="checkbox"/> 3胸部超音波 <input type="checkbox"/> ※ 1又
検査 項目 5	⑮頸部超音波検査(頸部エコー検査) 1有 <input type="checkbox"/> 3無 <input type="checkbox"/> ※ 受診
検査 項目 6	⑯微量アルブミン尿検査 1有 <input type="checkbox"/> 3無 <input type="checkbox"/> ※ 一次
⑰特定保健指導	1有 <input type="checkbox"/> 3無 <input type="checkbox"/> ※ 二次
⑱脳又は心臓疾患の症状の有無	1有 <input type="checkbox"/> 3無 <input type="checkbox"/> ※ 受診
修正 欄	□□□□□□

⑪血中脂質 ⑫血糖・・・「1」

⑬ヘモグロビンA1c・・・「1」又は「3」
※「1(有)」の場合
一次健康診断においてヘモグロビンA1c検査を実施していない場合に限り、支給される。
※ 受診者に当該検査を必ず行ってください。

⑭負担心電図又は胸部超音波
・・・「1」又は「3」 行ってください。

⑮頸部超音波・・・「1」

⑯アルブミン
※「1(有)」の場合
一次健康診断結果欄「⑱尿蛋白」が「3」(擬陽性(±))又は「5」(弱陽性(+))の場合に限り、二次健康診断において微量アルブミン尿検査を支給される。

⑰特定保健指導・・・「1」又は「3」
※「1(有)」の場合
「⑱脳・心臓疾患の症状」が「3(無)」の場合に支給される。

⑱脳又は心臓疾患の症状・・・「1」又は「3」

職員記入欄

健診費用算定組合せ表

(令和 2 年 8 月 1 日以降)

検査項目		検査の有無 (有：1 無：3)							
⑪	空腹時血中脂質検査	1	1	1	1	1	1	1	1
⑫	空腹時血糖値検査	1	1	1	1	1	1	1	1
⑬	ヘモグロビン A1c 検査	1	3	1	3	1	3	1	3
⑭	1 負荷心電図検査	3	3	3	3	1	1	1	1
	3 胸部超音波検査								
⑮	頸部超音波検査	1	1	1	1	1	1	1	1
⑯	微量アルブミン尿検査	1	1	3	3	1	1	3	3
⑰	1 特定保健指導を行った 場合の合計額 (円)	32,332	30,244	30,700	28,612	26,332	24,244	24,700	22,612
	3 特定保健指導を行わ ない場合の合計額 (円)	25,132	23,044	23,500	21,412	19,132	17,044	17,500	15,412

<留意事項>

1 ヘモグロビン A1c 検査について

一次健康診断において、既にヘモグロビン A1c 検査を実施していた場合には、二次健康診断等給付においては当該検査は支給できない。

2 負荷心電図検査及び胸部超音波検査については、いずれか一方の支給に限るものとする。

なお、負荷心電図検査については「四肢単極誘導及び胸部誘導を含む最低 12 誘導」により実施すること。

胸部超音波検査については、「経胸壁心エコー法」により実施すること。

3 微量アルブミン尿検査について

一次健康診断において、尿検査の結果が擬陽性 (±) または弱陽性 (+) の場合に限り、二次健康診断において微量アルブミン尿検査を支給できる。

微量アルブミン尿検査については、「定量」により実施すること。

4 特定保健指導を行った場合と行わない場合では、金額が異なるので注意すること。

Ⅳ 労災診療費 請求チェックリスト

(迅速な支払にご協力をお願いします)

記載誤りの多い項目です。診療費請求書の提出前にご確認ください。

労働者災害補償保険診療費請求書(帳票種別 34720)

		チェック欄
①指定病院等の番号	労災指定医療機関の指定番号を記入	<input type="checkbox"/>
③請求金額	別添内訳書(レセプト)の「⑬合計額」※の足し上げ額と一致 ※傷病(補償)年金のレセプトの場合は「⑪合計額」。	<input type="checkbox"/>
④内訳書添付枚数	別添内訳書(レセプト)※の総数と一致 ※続紙、療養(補償)給付請求書(様式5号又は16号の3)、指定病院等の変更届(様式6号又は16号の4)を除く	<input type="checkbox"/>
⑤請求年	別添内訳書(レセプトのうち 記載している最新の療養期間の年 (診療年を記入 例:療養期間が令和7年7月1日～令和7年7月31日の場合は「907」と記入)	<input type="checkbox"/>
⑥請求月	別添内訳書(レセプトのうち 記載している最新の療養期間の月 (診療月を記入 例:療養期間が令和7年7月1日～令和7年7月31日の場合は「7」と記入)	<input type="checkbox"/>

診療費請求内訳書(レセプト)(帳票種別 34721～34728)

		チェック欄
①新継再別	労災指定医療機関から転医された患者様の初診のコードは「1」ではなく「3」(転医始診)	<input type="checkbox"/>
④労働保険番号※ ¹	患者様が所属する事業場の労働保険の番号(14桁※ ²)を全て記入 ※ ¹ 帳票種別 34721～34722、34725～34726 のレセプト ※ ² 枝番号がない場合は下3桁を000と記入	<input type="checkbox"/>
④年金証書の番号※	患者様の傷病(補償)年金の証書番号(9桁)を全て記入 ※帳票種別 34723～34724、34727～34728 のレセプト(傷病(補償)年金のレセプト)	<input type="checkbox"/>
⑦傷病年月日※	初診日ではなく「負傷」又は「発病」の年月日を記入 療養(補償)給付請求書(様式第5号又は16号の3)、指定病院等の変更届(様式6号又は16号の4)の「負傷又は発病年月日」と同じ ※帳票種別 34721～34722、34725～34726 のレセプト	<input type="checkbox"/>
⑬合計額※	イ、ロの合計(入院用レセプトは、イ、ロ、ハの合計)と一致 ※傷病(補償)年金のレセプトの場合は「⑪合計額」。	<input type="checkbox"/>

(注) 丸数字は診療費請求書・内訳書の項目番号です。



三重労働局労働基準部労災補償課

V 三重労働局・各労働基準監督署の所在地及び管轄区域

局・監督署名	所在地	電話番号	管轄区域
三重労働局 労災補償課分室	〒514-0033 津市丸之内 26-8 津合同庁舎 4F	059(213)5511	
労災補償課	〒514-8524 津市島崎町 327-2 津第二地方合同庁舎 4F	059(226)2109	
四日市 労働基準監督署	〒510-0064 四日市市新正 2 丁目 5-23	059(351)1661 <small>労災課ダイヤルイン</small>	四日市市、桑名市、いなべ市、桑名郡、三重郡、員弁郡
松阪 労働基準監督署	〒515-0011 松阪市高町 493-6 松阪地方合同庁舎 3F	0598(51)0015	松阪市、多気郡
津 労働基準監督署	〒514-0002 津市島崎町 327-2 津第二地方合同庁舎 1F	059(227)1286 <small>労災課ダイヤルイン</small>	津市、鈴鹿市、亀山市
伊勢 労働基準監督署	〒516-0008 伊勢市船江 1 丁目 12-16	0596(28)2164	伊勢市、鳥羽市、志摩市、度会郡
伊賀 労働基準監督署	〒518-0836 伊賀市緑ヶ丘本町 1507-3 伊賀上野地方合同庁舎 1F	0595(21)0803	伊賀市、名張市
熊野 労働基準監督署	〒519-4324 熊野市井戸町 672-3	0597(85)2277	熊野市、尾鷲市、北牟婁郡、南牟婁郡

お問い合わせ先

〒514-0033 津市丸之内 26-8

津合同庁舎 4F

三重労働局 労働基準部労災補償課分室

電話 059(213)5511