

第 15 章 労災保険関係様式について

(令和7年1月1日現在)

労災保険給付関係請求書等(下記において太字で記載のもの)について厚生労働省のホームページからダウンロードできます。

【診療費請求書及び診療費請求内訳書】

様式番号	物品番号	様式名称	掲載頁
診機様式第 1 号	7230	労働者災害補償保険診療費請求書	176
診機様式第 1 号の 2	72227	検査に要した費用等請求書(指定医療機関用)	177
診機様式第 2 号	7231	診療費請求内訳書(入院用)	178
診機様式第 3 号	7232	診療費請求内訳書(入院外用)	179
診機様式第 4 号	7233	診療費請求内訳書 傷 (入院用)	180
診機様式第 5 号	7234	診療費請求内訳書 傷 (入院外用)	181
	72213	診療費請求内訳書(続 紙)	182

【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	183
労災リハビリテーション実施計画書	184
指導管理箋(別紙様式 1 ~ 4)	185 ~ 188
早期社会復帰のための指導項目(別紙様式 6)	189

【給付請求書関係】

業務災害用

様式第 5 号	療養補償給付たる療養の給付請求書	190
様式第 6 号	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	191
様式第 7 号	療養補償給付たる療養の費用請求書	192
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	194
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	195

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	掲載略
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	掲載略

様式第 16 号の 5	療養給付たる療養の費用請求書	掲載略
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	掲載略
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	掲載略

【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）	197
年金通知様式第 3 号	診断書（せき髄損傷用）	199
年金通知様式第 4 号	診断書（じん肺・せき髄損傷以外用）	200
年金通知様式第 7 号	障害の状態に関する診断書	201
障害(補償)給付請求用	診断書	202
介護(補償)給付請求用	診断書	204
診鍼様式第 1 号	はり・きゅう診断書	205
診鍼様式第 2 号	マッサージ診断書	206

【アフターケア委託費請求書】

実施要領様式第 5 号	81201	アフターケア委託費請求書	95
実施要領様式第 5 号の 2	81203	アフターケア委託費請求内訳書	96

【二次健康診断関係様式】

二機様式第 1 号	72615	二次健康診断等費用請求書	132
二機様式第 2 号	72620	二次健康診断等費用請求内訳書	133
様式第 16 号の 10 の 2		二次健康診断等給付請求書	134

<p>■ 診機様式第1号</p>	<p>労働者災害補償保険診療費請求書</p>	<p>※標準 字体</p> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">0</td> <td style="padding: 2px 5px;">1</td> <td style="padding: 2px 5px;">2</td> <td style="padding: 2px 5px;">3</td> <td style="padding: 2px 5px;">4</td> <td style="padding: 2px 5px;">5</td> <td style="padding: 2px 5px;">6</td> <td style="padding: 2px 5px;">7</td> <td style="padding: 2px 5px;">8</td> <td style="padding: 2px 5px;">9</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9												
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9															
<p>振票種別</p> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">3</td> <td style="padding: 2px 5px;">4</td> <td style="padding: 2px 5px;">7</td> <td style="padding: 2px 5px;">2</td> <td style="padding: 2px 5px;">0</td> </tr> </table>	3	4	7	2	0	<p>申請 日 番号</p> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>		<p>① 指定病院等の番号</p> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>									<p>② 受付年月日</p> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> <p style="font-size: small; text-align: center;">1→9月分 2→9月分 3→9月分</p>							
3	4	7	2	0																				
<p>③ 請求金額</p> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> <p style="font-size: x-small; text-align: center;">千 百 十 十 百 十 十 百 十 千</p> <p style="font-size: x-small; text-align: center;">金額の頭に¥マークを付けてください。</p>												<p>④ 内訳書添付枚数</p> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> <p style="font-size: x-small; text-align: center;">枚</p>												
<p>⑤ 請求年</p> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> <p style="font-size: x-small; text-align: center;">1→9月分</p> <p>ただし、請求年度は平成 年</p>					<p>⑥ 請求月</p> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> <p style="font-size: x-small; text-align: center;">1→9月分</p> <p>※修正欄</p> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																			

_____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 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

(物品番号 7230) 4.5

※印の欄は記入しないでください。

■ 診機様式第1号の2

※標準
字体 0123456789

検査に要した費用等請求書 (指定医療機関用)

帳票種別 3 4 7 2 0	※修正項 日番号 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	① 指定病院等の番号 <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"/>	② 受付年月日 <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"/>
---	--	---	--

③ 請求金額 <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"><small>千</small></td> <td style="width: 12.5%;"><small>百</small></td> <td style="width: 12.5%;"><small>十</small></td> <td style="width: 12.5%;"><small>百</small></td> <td style="width: 12.5%;"><small>十</small></td> <td style="width: 12.5%;"><small>百</small></td> <td style="width: 12.5%;"><small>十</small></td> <td style="width: 12.5%;"><small>百</small></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> <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> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> </tr> </table> 金額の頭に¥マークを付けてください。	<small>千</small>	<small>百</small>	<small>十</small>	<small>百</small>	<small>十</small>	<small>百</small>	<small>十</small>	<small>百</small>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	④ 内訳書添付枚数 <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 33.3%;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> <td style="width: 33.3%;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> <td style="width: 33.3%;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> </tr> </table>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
<small>千</small>	<small>百</small>	<small>十</small>	<small>百</small>	<small>十</small>	<small>百</small>	<small>十</small>	<small>百</small>													
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>													
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>																		

⑤ 請求年

 年
 ⑥ 請求月
 月分
 ※修正欄

ただし、⑤ 請求年

 年
 ⑥ 請求月
 月分

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

(物品番号 72227) 3.5

※印の欄は記入しないでください。

診機様式第2号

■ 診機様式第2号
第 回 (同一傷病について) 指定病院等の番号 病院等の名称

① 帳票種別 34721	② 修正項目番号 □□	③ 新継再別 (受給事由) 1 初診 2 継続診 3 転院診 4 再診 5 療養 6 療養 7 療養	④ 支払額 □□□□□□□□
④ 労働保険番号 □□□□□□□□□□□□	⑤ 受給年月日 □□□□□□	⑥ 傷病年月日 □□□□□□	⑦ 増減コード及び増減額 □□□□□□□□
⑧ 療養期間 □□□□□□	⑨ 療養日数 □□□□□□	⑩ 修正欄 □□□□□□□□□□□□	⑪ 増減理由 □□□□□□□□□□

職員記入欄 (この欄は記入しないでください。)

診療費請求書 (入院用)

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 市区市	
診療内容		点数 (点)
⑪ 初診 (時間外・休日・深夜)		
⑫ 指導		
⑬ 在宅		
⑭ 投薬	⑲ 内服 ⑳ 外用 ㉑ 調剤 ㉒ 麻毒 ㉓ 調基	単位 単位 単位 日 日
⑯ 注射	㉔ 皮下筋肉内 ㉕ 静脈内 ㉖ その他	回 回 回
⑰ 処置	㉗ 薬剤	回
⑱ 手麻酔	㉘ 薬剤	回
⑲ 検病整理	㉙ 薬剤	回
㉚ 調診像断	㉚ 薬剤	回
㉛ その他	㉛ 薬剤	回
入院年月日	年 月 日	
病診衣	⑨⑩ 入院基本料・加算	× 日間 × 日間 × 日間 × 日間 × 日間
⑨⑩ 入院基本料・加算		
⑪ 特定入院料・その他		
小計	点 ①	円

診療内容	金額	摘要
⑪ 初診	円	
⑫ 指導	円	
⑬ 在宅		
⑭ その他		
小計	円	
⑰ 食事		備考
基準	円× 回 円× 回 円× 日	
食事療養	回	円
摘要		

診機様式第3号

診機様式第3号 第 回 (同一傷病)		指定病院 等の番号	病院等 の名称	
① 帳票種別 34722	② 修正項目番号 □□	③ 新規再別 1 初診 3 転院転診 5 繰上 7 再発	④ 転院事由 1 途中 3 転院 5 中止 7 死亡	
⑤ 支払額 □□□□□□□□		⑥ 増減理由 □□		
⑦ ⑧ ⑨ 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 増減理由 □□		
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		⑭ 増減理由 □□		
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		⑮ 増減理由 □□		
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		⑯ 増減理由 □□		
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		⑰ 増減理由 □□		
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		⑱ 増減理由 □□		
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		㉑ 増減理由 □□		
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		㉒ 増減理由 □□		
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		㉓ 増減理由 □□		
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		㉔ 増減理由 □□		
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		㉕ 増減理由 □□		
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		㉖ 増減理由 □□		
㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿		㉗ 増減理由 □□		
㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿		㉘ 増減理由 □□		
㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿		㉙ 増減理由 □□		
㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿		㉚ 増減理由 □□		
㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿		㉛ 増減理由 □□		
㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿		㉜ 増減理由 □□		
㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿		㉝ 増減理由 □□		
㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿		㉞ 増減理由 □□		
㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿		㉟ 増減理由 □□		
㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿		㊱ 増減理由 □□		
㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿		㊲ 増減理由 □□		
㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿		㊳ 増減理由 □□		
㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿		㊴ 増減理由 □□		
㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿		㊵ 増減理由 □□		
㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿		㊶ 増減理由 □□		
㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿		㊷ 増減理由 □□		
㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿		㊸ 増減理由 □□		
㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿		㊹ 増減理由 □□		
㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿		㊺ 増減理由 □□		
㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿		㊻ 増減理由 □□		
㊼ ㊽ ㊾ ㊿		㊼ 増減理由 □□		
㊽ ㊾ ㊿		㊽ 増減理由 □□		
㊾ ㊿		㊾ 増減理由 □□		
㊿		㊿ 増減理由 □□		
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 外來管理加算		× 回	⑫ 再診 回 円	
⑬ 時間外		× 回	⑬ 指導 回 円	
⑭ 休日		× 回	⑭ その他 円	
⑮ 深夜		× 回		
⑯ 指導			小 計 円	
⑰ 往診		回	摘 要	
⑱ 夜間		回		
⑲ 在宅 緊急・深夜		回	摘 要	
⑳ 在宅 在宅患者訪問診療		回		
㉑ 在宅 その他		回	摘 要	
㉒ 在宅 薬剤		回		
㉓ ⑳ 内服薬剤		× 単位 回	摘 要	
㉔ ㉑ 屯服薬剤		単位 回		
㉕ ㉒ 外用薬剤		× 単位 回	摘 要	
㉖ ㉓ 処方		× 回		
㉗ ㉔ 麻毒		回	摘 要	
㉘ ㉕ 調基		回		
㉙ ㉖ 皮下筋肉内		回	摘 要	
㉚ ㉗ 静脈内		回		
㉛ ㉘ その他		回	摘 要	
㉜ ㉙ 処置		回		
㉝ ㉚ 薬剤		回	摘 要	
㉞ ㉛ 手麻酔		回		
㉟ ㉜ 薬剤		回	摘 要	
㊱ ㉝ 検査		回		
㊲ ㉞ 薬剤		回	摘 要	
㊳ ㉟ 西診		回		
㊴ ㊱ 処方せん		回	摘 要	
㊵ ㊲ その他		回		
小 計		点 ①	円	

(物品番号 7232) 2.5

診機様式第4号

診機様式第4号

傷 第 回 (同一傷病)

指定病院等の番号

病院等の名称

① 新続再別

② 支払額

③ 支払額

④ 管轄局(種別)番号

⑤ 増減理由

⑥ 増減理由

⑦ 処理区分

⑧ 療養期間

⑨ 療養費日数

⑩ 合計額

⑪ 修正額

● 診
● 療
● 費
● 請
● 求
● 内
● 訳
● 書
● (入院用)

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

傷病の経過

診療内容	点数(点)	診療内容	金額	摘要
① 初診 時間外・休日・深夜		① 初 診	円	備 考
③ 指導		④ その他	円	
④ 在宅		小 計	円	
② 内服	単位	⑦ 食事		
② 屯服	単位	基準	円× 回	
③ 外用	単位		円× 回	
④ 調剤	日		円× 日	
⑥ 麻毒	日	食事療養	円	
⑦ 調基	日	摘 要		
③ 皮下筋肉内	回			
③ 静脈内	回			
③ その他	回			
④ 処置	回			
④ 薬剤	回			
④ 薬剤	回			
④ 薬剤	回			
④ 薬剤	回			
入院年月日 年 月 日				
病診衣 ⑨ 入院基本料・加算				
	× 日間			
	× 日間			
	× 日間			
	× 日間			
⑨ 特定入院料・その他				
小 計	点 ①		円	

診機様式第5号

診機様式第5号

傷 第 回 (同一傷病について)

指定病院等の番号

病院等の名称

① 振替種別 34724

② 修正項目番号

③ 新規再別

④ 請求事由

⑤ 支払額

⑥ 年金証書の番号

⑦ 増減理由

⑧ 処理区分

⑨ 療養期間

⑩ 療養日数

⑪ 合計額

⑫ 修正額

⑬ 決定年月日

● 診
● 療
● 費
● 請
● 求
● 内
● 訳
● 書
● (入院外用)

労働者の氏名 明・大・昭・平・仮 (歳)	傷病の経過
傷病の部位及び傷病名	
診療内容	点数(点)
⑪ 初診 時間外・休日・深夜	
⑫ 再診 外来管理加算	× 回
⑫ 再診 時間外	× 回
⑫ 再診 休日	× 回
⑫ 再診 深夜	× 回
⑬ 指導	
⑭ 往診 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 その他	
⑭ 在宅 薬剤	
⑯ 投薬 ⑲ 内服薬 薬剤	× 単位
⑯ 投薬 ⑲ 内服薬 調剤	回
⑯ 投薬 ⑲ 外用薬 薬剤	× 単位
⑯ 投薬 ⑲ 外用薬 調剤	回
⑯ 投薬 ⑲ 処方	× 回
⑯ 投薬 ⑲ 麻毒	回
⑯ 投薬 ⑲ 調基	回
⑰ 注射 ⑳ 皮下筋肉内	回
⑰ 注射 ㉑ 静脈内	回
⑰ 注射 ㉒ その他	回
⑱ 処置 薬剤	回
⑲ 麻酔 薬剤	回
⑲ 麻酔 薬剤	回
⑲ 麻酔 薬剤	回
⑲ 麻酔 薬剤	回
⑲ 麻酔 処方せん	回
⑲ 麻酔 その他	回
小計	点 ① 円

診 療 費 請 求 内 訳 書 (続 紙)

指定病院等の番号	病院等の名称	労働者の氏名(年齢)
----------	--------	------------

労働 保険 番号	府	県	所	管	轄	基	幹	番	号	枝	番	号	年 金 証 の 番 号	管	轄	局	種	別	西	曆	年	番	号

摘	要
	(続)

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	年	月	日
原因疾患					
[心大血管疾患・脳血管疾患等・廃用症候群・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)(該当するものに をして下さい。)					
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・医学的效果等)					
(2) 目標到達予想時期： 年 月頃(必ず記入して下さい。)					
(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。

労災リハビリテーション実施計画書

参考9 別紙様式5

労災リハビリテーション実施計画書

患者氏名	男・女		年生 (歳)		計画評価実施日 年 月 日		
リハ担当医	PT	OT	ST				
原因疾患(発症・受傷日)			合併疾患・コントロール状態(高血圧、心疾患、糖尿病等)				
評価項目・内容(コロン(:)の後に具体的内容を記入)							
心身機能・構造	<input type="checkbox"/> 意識障害(3-3-9:) <input type="checkbox"/> 認知症: <input type="checkbox"/> 中枢性麻痺 (ステージ-グレード)右上肢: 右手指: 右下肢: 左上肢: 左手指: 左下肢: <input type="checkbox"/> 能力低下(部位, MMT:)			<input type="checkbox"/> 失行・失認: <input type="checkbox"/> 音声・発話障害(口構音障害, 口失語症:種類) <input type="checkbox"/> 摂食機能障害: <input type="checkbox"/> 排泄機能障害: <input type="checkbox"/> 拘縮: <input type="checkbox"/> 褥瘡: <input type="checkbox"/> 起立性低血圧:			
	基本動作 立位保持(装具:) <input type="checkbox"/> 半立、 <input type="checkbox"/> つかみ、 <input type="checkbox"/> 不可 平行棒内歩行(装具:) <input type="checkbox"/> 独立、 <input type="checkbox"/> 一部介助、 <input type="checkbox"/> 完全介助 訓練室内歩行(装具:) <input type="checkbox"/> 独立、 <input type="checkbox"/> 一部介助、 <input type="checkbox"/> 完全介助						
活動	自立度	日常生活(病棟)実行状況:「している活動」				訓練時能力:「できる活動」	
	ADL・ASL等	自 立	監 助	全 介 助	非 実 施	使 用 用 具 杖・装 具	姿 勢・ 場 所 (訓練室・病棟等) 介 助 内 容 等
	屋外歩行						
	病棟トイレへの歩行						
	病棟トイレへの車椅子駆動						
	車椅子・ベッド間移乗						
	椅子座位保持						
	ヘッド起立上がり						
	排尿(昼)						
	排尿(夜)						
食事							
整容							
更衣							
装具・靴の着脱							
入浴							
コミュニケーション							
活動度 日中臥床: <input type="checkbox"/> 無、 <input type="checkbox"/> 有(時間帯:) 理由) 日中座位: <input type="checkbox"/> 椅子、 <input type="checkbox"/> 車椅子、 <input type="checkbox"/> ベッド上、 <input type="checkbox"/> キャッチアップ							
参加	職業(<input type="checkbox"/> 無職、 <input type="checkbox"/> 病欠中、 <input type="checkbox"/> 休職中、 <input type="checkbox"/> 発症後退職、 <input type="checkbox"/> 退職予定) これまでの職種・業種・仕事内容: これまでの通勤方法: 復職希望 <input type="checkbox"/> 現職復帰 <input type="checkbox"/> 転職 <input type="checkbox"/> その他: 経済状況:				社会参加(内容・頻度等、発症前状況を含む。)		
目標	復職 <input type="checkbox"/> 現職復帰 <input type="checkbox"/> 転職 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> その他: 仕事内容の変更 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: 通勤方法の変更 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: 職場復帰に向けた目標:				本人の希望		
方針					家族の希望		
リハビリテーション終了の日安・時期							
具体的アプローチ							
本人・家族への説明		年 月 日	本人サイン	家族サイン	説明者サイン		

(記入上の留意点)

- 1 「評価項目・内容」の「参加」欄の「これまでの職種・業種・仕事内容」、「これまでの通勤方法」、「復職希望」を記入すること。
- 2 「目標」欄には、傷病労働者のこれまでの仕事内容、これまでの通勤方法、復職希望等を踏まえ、仕事内容及び通勤方法の変更の必要性を判断し、「職場復帰に向けた目標」を設定の上、記入すること。
- 3 「具体的アプローチ」欄には、傷病労働者の「職場復帰に向けた目標」を踏まえ、業務内容・通勤方法等を考慮したアプローチ(キーボードの打鍵やバスへの乗車等)を記入すること。

指導管理箋（産業医提出用）＜第 回目＞				
労働者災害補償保険				
氏名		生年月日	年 月 日	男・女
休業前の職種	〔深夜勤 有・無〕	復帰を希望する職種	原職・事務職・その他（ ）	
病名	(1.) (2.)			
発症(受傷)年月日 (年 月 日・不明) 初診年月日 (年 月 日)				
<input type="checkbox"/> 初診時症状 <input type="checkbox"/> 前回指導時症状 } ※第2回目以降は、前回指導時の症状を記載する。(前回の指導管理箋の写しの添付でも構いません。)				
入院 (年 月 日) ~ (年 月 日)				
通院 (年 月 日) ~ (年 月 日)				
病状経過 (①不変・②改善傾向・③軽快・④寛解・⑤その他())				
現在の症状 { }				
現在の治療内容(薬剤の内容を含む。)に関する特記事項				
今後の治療予定 (①入院・②入院及び通院・③通院・④治療不要)				
入院 (年 月 日) ~ (年 月 日)				
通院 (年 月 日) ~ (年 月 日) 1月に 回程度				
症状固定の見込み 年 月頃				
就労に当たって勤務内容に対する意見				
1 勤務可能(条件なし)				
2 勤務可能(条件あり) [条件のある期間 年 月頃まで]				
ア 職務内容の変更 不要・要				
イ 作業内容の制限 不要・要(軽作業可・一般事務可・肉体労働のみ制限・普通勤務可・その他())				
ウ 時間外労働の禁止・軽減 不要・要(特記事項:)				
エ 遠隔地出張(宿泊を伴うもの、海外出張など)の禁止・軽減 不要・要(特記事項:)				
オ 自動車運転・危険を伴う機械操作等の制限 不要・要(特記事項:)				
カ 対人業務の制限 不要・要(特記事項:)				
キ その他勤務内容に対する意見(例:職責の大きさ、労働密度、職場での人間関係) ()				
就労に当たって必要な職場での留意点				
上記内容を確認し、産業医等に提出されることに同意します。				
年 月 日				
本人署名 _____				
上記のとおり診断し、職場復帰(就労継続)に関する意見を提出します。				
年 月 日				
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。				

指導管理箋（別紙様式4）

参考13 別紙様式4

④精神疾患を主たる傷病としないもの(産業医用)

労働者災害補償保険 指導管理箋(産業医提出用) <第 回目>			
氏名		生年月日	年 月 日 男・女
休業前の職種	<input type="checkbox"/> 深夜勤 <input type="checkbox"/> 有・無	復帰を希望する職種	原職・事務職・その他()
病名	(1.) (2.)		
発症(受傷)年月日	(年 月 日 ・不明) 初診年月日 (年 月 日)		
<input type="checkbox"/> 初診時症状	※第2回目以降は、前回指導時の症状を記載する。(前回の指導管理箋の写しの添付でも構いません。)		
<input type="checkbox"/> 前回指導時症状			
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 回数度		
症状固定の見込み	年 月頃		
就労に当たって勤務内容に対する意見			
1 勤務可能(条件なし)			
2 勤務可能(条件あり) [条件のある期間 年 月頃まで]			
ア 職務内容の変更 不要 ・ 要			
イ 作業内容の制限 不要 ・ 要 (軽作業可・一般事務可・内体労働のみ制限・普通勤務可・その他())			
ウ 時間外労働の禁止・軽減 不要 ・ 要 (特記事項:)			
エ 遠隔地出張(宿泊を伴うもの、海外出張など)の禁止・軽減 不要 ・ 要 (特記事項:)			
オ 自動車運転・危険を伴う機械操作等の制限 不要 ・ 要 (特記事項:)			
カ その他勤務内容に対する意見 ()			
就労に当たって必要な職場での留意点			
上記内容を確認し、産業医等に提出されることに同意します。			
年 月 日 本人署名			
上記のとおり診断し、職場復帰(就労継続)に関する意見を提出します。			
年 月 日 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（別紙様式6）

参考14 別紙様式6

早期社会復帰のための指導項目			
氏名 _____			
発症(負傷) 年月日		年	月
		日	
治癒見込み 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】	<input type="checkbox"/> 傷病の状態が安定するまでは、無理に動かさないこと <input type="checkbox"/> 受傷部位を意図しすぎて他の部位に負担をかけないこと <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 重いものを持つときは注意すること <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 無理な姿勢をとらないようにすること <input type="checkbox"/> 車の運転は避けたほうがよい <input type="checkbox"/> 睡眠時間をしっかりとること <input type="checkbox"/> その他注意すべきこと(具体的に記載する)		
【職場】	<input type="checkbox"/> 長時間の残業は避けること <input type="checkbox"/> 長期の出張や海外出張は避けること <input type="checkbox"/> その他注意すべきこと(具体的に記載する)		
【日常生活】	<input type="checkbox"/> 定期的に自分で脈拍のチェックをすること <input type="checkbox"/> 適度な運動を実施するように心がけること <input type="checkbox"/> 当面の間は、激しい運動は避けること(概ね__月間) <input type="checkbox"/> 食事の内容、摂取量について注意すること <input type="checkbox"/> 患部の保温に努めること <input type="checkbox"/> その他注意すべきこと(具体的に記載する)		
【その他】	<input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> その他注意すべきこと(具体的に記載する)		
<input type="checkbox"/> 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 _____	

様式第5号(表面) 労働者災害補償保険 <small>療養給付用 複数事業場用 療養補償給付及び複数事業労働者 療養給付たる療養の給付請求書</small>		<small>裏面に記載してある注意 事項をよく読んで、 記入してください。</small>		標準字体																			
				標準字体 アイウエオカキクケコ ネノハヒフヘホマミム メモヤユヨラリルレロ				0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 " ' ° ° -															
※ 職 業 種 別 3 4 5 9 0		① 管轄局等 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		② 業 種 別 1 業 種 3 業 種		③ 保 険 <input type="text"/> 1 業 種 <input type="text"/> 1 業 種 <input type="text"/> 3 業 種		④ 処理区分 <input type="text"/> <input type="text"/>				④ 受付年月日 ※ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>											
⑤ 労働者番号 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		⑥ 性別 1 男 3 女		⑦ 労働者の生年月日 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				⑧ 負傷又は発病年月日 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				⑨ 請求 ※ <input type="text"/>				⑩ 再発年月日 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>							
⑪ 氏名 <input type="text"/> (姓)		⑫ 傷病番号 <input type="text"/> - <input type="text"/>		⑬ フリガナ <input type="text"/>				⑭ 傷病性質(業) ※ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				⑮ 労働者又は発病の時刻 前 午 後 <input type="text"/> 時 <input type="text"/> 分 <input type="text"/> 秒											
⑯ 住所 <input type="text"/>		⑰ 職 種 <input type="text"/>		⑱ 災害の原因及び発生状況 <small>(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) どのような不安全又は有害な状態があつて(お) どのような災害が発生したか(か) ⑱ 段と発生日が異なる場合はその理由を詳細に記入すること</small>				⑲ 指定病院等の 名 称 <input type="text"/> 電話 (<input type="text"/>) <input type="text"/> - <input type="text"/> 所在地 <input type="text"/> 〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>															
⑳ 傷病の部位及び状態 <input type="text"/>		㉑ 傷病の発症日 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日		㉒ 事業の名称 <input type="text"/> 電話 (<input type="text"/>) <input type="text"/> - <input type="text"/>				㉓ 事業場の所在地 <input type="text"/> 〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>				㉔ 事業主の氏名 <input type="text"/>											
㉕ 労働者の所属事業場の名称・所在地 <input type="text"/> 電話 (<input type="text"/>) <input type="text"/> - <input type="text"/>		㉖ 労働者の氏名 <input type="text"/>		㉗ 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。 <input type="text"/>				㉘ 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。 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日				㉙ 労働基準監督署長 殿 <input type="text"/> 電話 (<input type="text"/>) <input type="text"/> - <input type="text"/>											
㉚ 請求人の住所 <input type="text"/> (<input type="text"/> 方)		㉛ 請求人の氏名 <input type="text"/>		㉜ 病 院 所 在 地 <input type="text"/>				㉝ 診 療 所 名 <input type="text"/>				㉞ 傷 病 経 由 <input type="text"/>											
㉟ 支 給 決 定 決 議 書 <input type="text"/>		㊱ 署 長 <input type="text"/>		㊲ 副 署 長 <input type="text"/>		㊳ 課 長 <input type="text"/>		㊴ 係 長 <input type="text"/>		㊵ 係 <input type="text"/>		㊶ 決定年月日 <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>				㊷ 不支給の理由 <input type="text"/>							
㊸ 調査年月日 <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>		㊹ 復命書番号 <input type="text"/>		㊺ 第 号 <input type="text"/>		㊻ 第 号 <input type="text"/>		㊼ 第 号 <input type="text"/>		㊽ 第 号 <input type="text"/>		(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)

折り返せる場合には(4)の所を答に折りさらに2つ折りにしてください。

様式第6号

様式第6号(表面)

労働者災害補償保険

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

労働基準監督署長 殿

年 月 日

[病 院	〒 _____
	診 療 所	_____
薬 局	經由	_____
訪問看護事業者	電話() _____	_____
	住 所	_____
	届出人の	_____ 方
	氏 名	_____

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

① 労働保険番号					③ 氏名 (男・女)	④ 負傷又は発病年月日 年 月 日	
府 県	所 掌	管 轄	基 幹 番 号	枝 番 号			
.....	労働者の	午 前 後 時 分 頃	
② 年金証書の番号							生年月日
管 轄 局	種 別	西 暦 年	番 号		住 所	職 種	
.....		
⑤ 災害の原因及び発生状況 (あ)どのような場所で(い)どのような作業をしているときに(う)どのような物又は環境に(え)どのような不安全又は有害な状態があって(お)どのような災害が発生したかを簡明に記載すること。							
.....							
.....							
③の者については、④及び⑤に記載したとおりであることを証明します。							
事業の名称 _____							
年 月 日 〒 _____ 電話() _____							
事業場の所在地 _____							
事業主の氏名 _____							
(法人その他の団体であるときはその名称及び代表者の氏名)							
⑥ 指定病院等の変更	変更前の	名称	_____				労働指定 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7号(裏)

様式第7号(1)(裏面)

(イ) 労働者の所属事業場の名称・所在地	(ウ) 負傷又は発病の時刻	(ル) 職名
	午後 時 分頃	氏名
(ア) 災害の原因及び発生状況 (ホ) どのような場所(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(ス) どのような不安全又は有害な状態があった(カ) どのような災害が発生したか(カ)①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	備考
初診		初診	円	(注) 一、 請求の日数事項 (一) 事項を請求する場合は、該当する事項を○で囲むこと。 (二) (イ)及び(ウ)については、その費用についての詳細を及び普通移設費を請求する場合は、最初の請求書又は後継請求書に記入すること。 (三) (イ)の期間には、最初の請求書の期間をも記入すること。 (四) (イ)は、労働者が直接所属する事業場が一般適用の取扱いを受けている場合に、労働者が直接所属する支店、工事現場等を記載すること。 (五) 労務管理費又は労務管理費の受給権者が当該事業場に係る事業場の費用を請求する場合以外の場合は請求しないこと。 (六) ④は、記載する必要がないこと。 (七) (イ)は、見舞金等の請求を承認した者(承認した者が多数あるときは最初に承認した者)を記載すること。 (八) (イ)及び(ウ)は、第二回以後の請求の場合には記載する必要がないこと。 (九) (イ)及び(ウ)は、第二回以後の請求の場合には記載する必要がないこと。 (十) 労務管理費又は労務管理費の受給権者が当該事業場に係る事業場の費用を請求する場合の請求事項の証明は受ける必要がないこと。 (十一) ④及び(イ)及び(ウ)までは記載する必要がないこと。 (十二) 事業主の証明は受ける必要がないこと。
再診		再診	円	
継続管理加算		指導	円	
外来管理加算		その他	円	
時間外		食事(基準)	円	
休日		円×日数	円	
深夜		円×日数	円	
在宅		円×日数	円	
在宅患者訪問診療		小計	円	
その他		備考		
医薬		内服 薬剤	単位	②その他就業先の有無 有 者の場合のその数 (ただし表面の事業場を含まない) 社 無 有の場合でいずれかの事業場で特別加入している場合は特別加入状況 (ただし表面の事業場を含まない) 加入年月日 年 月 日 労働保険番号(特別加入)
外用 薬剤		単位		
注射 薬剤		単位		
麻酔		単位		
器具		単位		
注射 剤内		単位		
静脈内		単位		
その他		単位		
処置		単位		
手術		単位		
検査		単位		
画像診断		単位		
その他		単位		
入院		入院年月日 年 月 日		
病・勢・衣		入院基本料・加算	円	
		円×日数	円	
		円×日数	円	
		円×日数	円	
		円×日数	円	
		円×日数	円	
		円×日数	円	
		円×日数	円	
小計		合計金額 ①+②	円	

派遣元事業主が証明する事項(表面の②並びに(ス)及び(ア))の記載内容について事業と相違ないことを証明します。

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)

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

様式第8号(表)

労働者災害補償保険 休業補償給付支給請求書 第_____回 複数事業労働者休業給付支給請求書 休業特別支給金支給申請書(同一傷病分)		標準字体 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 〇 ー アイウエオカキクケコサシスセソタチツテトナニヌ ね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管轄局番 ②納期内別 ③受付年月日 ④業種別 ⑤口座コード ⑥印加入者		34360 〇〇〇〇 〇〇〇 〇〇〇 〇〇〇 〇〇〇 〇〇〇 〇〇〇 〇〇〇 〇〇〇 〇〇〇 〇〇〇 〇〇〇 〇〇〇 〇〇〇 〇〇〇 〇〇〇
※ ⑦平均賃金(十数万円) ⑧特別給付の額(千円) ⑨日数定額 ⑩時支コード ⑪時付大記録 ⑫時付小記録		〇〇〇 〇〇〇 〇〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇
②労働保険番号 シメイ(カタカナ)：姓と名の順に1文字あけて記入してください。通称・半通称は1文字として記入してください。		⑤労働者の性別 ⑥労働者の生年月日
④労働者の住所 ⑧郵便番号		⑦傷病又は発病年月日
③傷病の発生期間 ④傷病の発生場所 ⑤傷病の種類 ⑥日数定額(注)：うち⑨：自付の場合は、時給(5桁)は右詰め、番号は右詰めから記入し、空欄には「0」を記入。		⑩時支コード ⑪時付大記録 ⑫時付小記録
⑦新規・変更 ⑧する金額 ⑨の(イ)及び(ロ)については、⑩の者が厚生年金保険の被保険者である場合に限り証明してください。		⑬傷病の経過 ⑭療養の現況 ⑮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
⑩の者については、(ア) ⑬、⑭、⑮から⑰まで(⑯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。		⑯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 ⑰療養の現況 ⑱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
⑰の者については、⑲から㉑までに記載したとおりであることを証明します。		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
⑲の者については、㉒から㉔までに記載したとおりであることを証明します。		㉕療養の現況 ㉖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

(注意) 三三 記入枠の部分は、必ず黒のボールペンを使用し、横線右側に記載された「標準字体」にならって、枠からはみださないように丁寧にカタカナ及びアラビア数字で明瞭に記載してください。

一三 記入すべき事項のない欄又は記入内容は左欄のままとして、事項を選択する場合は、事項を○で囲んで記入してください。⑤及び⑥欄の各枠については、該当番号を記入して記入してください。

一三 〇〇〇〇で表示された枠(以下「記入枠」といいます)に記入する文字は、光沢式不干渉記録用(OCR)で直接読み取りを行うので、汚したり、穴をあけたり、紙面に折り曲げたり、紙面に傷をつけたりしないようご注意ください。

※印の欄は記入しないでください。(職員が記入します)

①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、④の所を谷に折り、さらに2つ折りをしてください。

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。

_____円 電話(_____) _____

_____年 月 日 住所(_____) _____

請求人 申請人 氏名(_____) _____

労働基準監督署長 殿

様式第10号(表)

様式第10号(表面)

業務用
複数業務用

労働者災害補償保険

支給請求書
支給申請書

① 労働保険番号				フリガナ 氏名 (男・女)		④ 負傷又は発病年月日 年 月 日	
府県	所轄	管轄	基幹番号	枝番号	② 労働者の フリガナ	午前 午後 時 分 頃	
② 年金証書の番号				住所		⑤ 治療(症状固定)年月日 年 月 日	
管轄局	種別	西暦年	番号	職種		⑦ 平均賃金 円 銭	
③ 災害の原因及び発生状況 (あ)どのような場所であつたか(う)どのような作業をしているときに(ろ)どのような物又は環境に(え)どのような不慮な事故又は有害な状態があつたか(お)どのような災害が発生したかを簡明に記載すること				所属事業場 名称・所在地		⑧ 特別給付の総額(年額) 円	
⑨ 厚年等年金保険等の受給関係				⑩ 被保険者資格の 取得年月日		年 月 日	
⑪ 厚年等の年金証書の 基礎年金番号・年金コード				年金の種類		厚年等年金保険法のイ、障害年金 国民年金法のイ、障害年金 船員保険法の障害年金	
⑫ 当該傷病に 関して支給され る年金の種類等				障害等級		級	
支給される年金の額				支給されることとなった年月日		円	
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		年 月 日	
⑬の者については、①、⑥から⑩まで並びに⑫の⑭及び⑮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] ⑬の⑭及び⑮については、⑬の者が厚年等年金保険の被保険者である場合に限り証明すること。							
⑭ 障害の部位及び状態 (診断書のとおり)				⑮ 既存障害がある場合には その部位及び状態			
⑯ 添付する書類 その他の資料							
年金の払戻しを 受けることを 希望する 金融機関 又は郵便局		金融機関 (郵便貯金銀行の 支店等を除く)		名称		※ 金融機関店舗コード	
預金通帳の記号番号		郵便貯金 又は郵便局		フリガナ 名称		銀行・金庫 農協・漁協・信組 本店・本所 出張所 支店・支所	
郵便貯金 又は郵便局		郵便貯金 又は郵便局		所在地		※ 郵便局コード	
預金通帳の記号番号		郵便貯金 又は郵便局		都道府県		市区	
預金通帳の記号番号		郵便貯金 又は郵便局		郵便番号		第 号	
上記により 〃 の支給を請求します。							
〃 の支給を申請します。							
年 月 日				請求人の住所 氏名 〒 - 電話() -			
労働基準監督署長 殿				請求人 申請人 氏名 〒 - 電話() - 個人番号			
振込を希望する金融機関の名称				預金の種類及び口座番号			
銀行・金庫 農協・漁協・信組		本店・本所 出張所 支店・支所		普通・当座 第 号 口座名義人			

様式第10号(裏)

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 (ただし表面の事業場を含まない)
無	有の場合でいずれかの事業で特別加入している場合の特別加入状況 (ただし表面の事業を含まない)
	労働保険事務組合又は特別加入団体の名称
労働保険番号(特別加入)	加入年月日
	年 月 日
	給付基礎日額
	円

[注意]

- 1 ※印欄には記載しないこと。
- 2 事項を選択する場合には該当する事項を○で囲むこと。
- 3 ②の労働者の「所属事業場名称・所在地」欄には、労働者の直接所属する事業場が一括適用の取扱いを受けている場合に、労働者が直接所属する支店、工事現場等を記載すること。
- 4 ⑦には、平均賃金の算定基礎期間中に業務外の傷病の療養のため休業した期間が含まれている場合に、当該平均賃金に相当する額がその期間の日数及びその期間中の賃金を業務上の傷病の療養のため休業した期間の日数及びその期間中の賃金とみなして算定した平均賃金に相当する額に満たないときは、当該みなして算定した平均賃金に相当する額を記載すること(様式第8号の別紙1に内訳を記載し添付すること。ただし、既に提出されている場合を除く。)
- 5 ⑧には、負傷又は発病の日以前1年間(雇入後1年に満たない者については、雇入後の期間)に支払われた労働基準法第12条第4項の3箇月を超える期間ごとに支払われる賃金の総額を記載すること(様式第8号の別紙1に内訳を記載し添付すること。ただし、既に提出されている場合を除く。)
- 6 請求人(申請人)が傷病補償年金又は複数事業労働者傷病年金を受けていた者であるときは、
 - (1) ①、④及び⑥には記載する必要がないこと。
 - (2) ②には、傷病補償年金又は複数事業労働者傷病年金に係る年金証書の番号を記載すること。
 - (3) 事業主の証明を受ける必要がないこと。
- 7 請求人(申請人)が特別加入者であるときは、
 - (1) ⑦には、その者の給付基礎日額を記載すること。
 - (2) ⑧は記載する必要がないこと。
 - (3) ④及び⑥の事項を証明することができる書類その他の資料を添えること。
 - (4) 事業主の証明を受ける必要がないこと。
- 8 ⑬については、障害補償年金、複数事業労働者障害年金又は障害特別年金の支給を受けることとなる場合において、障害補償年金、複数事業労働者障害年金又は障害特別年金の払渡しを金融機関(郵便貯金銀行の支店等を除く。)から受けることを希望する者にあつては「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。
- 9 「個人番号」の欄については、請求人(申請人)の個人番号を記載すること。
- 10 本件手続を社会保険労務士に委託する場合は、「請求人(申請人)の氏名」欄の下の□にレ点を記入すること。
- 11 ⑭「その他就業先の有無」で「有」に○を付けた場合は、様式第8号の別紙3をその他就業先ごとに記載すること。その際、その他就業先ごとに様式第8号の別紙1に記載し添付すること。なお、既に他の保険給付の請求において記載している場合は、記載の必要がないこと。
- 12 複数事業労働者障害年金の請求は、障害補償年金の支給決定がなされた場合、選って請求されなかったものとみなされること。
- 13 ⑭「その他就業先の有無」欄の記載がない場合又は複数就業していない場合は、複数事業労働者障害年金の請求はないものとして取り扱うこと。
- 14 疾病に係る請求の場合、脳・心臓疾患、精神障害及びその他二以上の事業の業務を要因とすることが明らかな疾病以外は、障害補償年金のみで請求されることとなること。

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

年金通知様式第2号の1

	平成	年	月	日	
9 合併症に関する検査	検査年月日				検査(要・不要)
	自覚症状	結核	肺がん	肺がん	結核
	結核	結核	肺がん	肺がん	結核
	精	結核	肺がん	肺がん	結核
	検査	結核	肺がん	肺がん	結核
10 機能検査	身長	cm			肺重量予測値
	年齢	歳			肺重量予測値
	第1次検査	年	月	日	年
	第2次検査	年	月	日	年
	第3次検査	年	月	日	年

労働者災害補償保険	診断書	(じん肺用)																																
1 氏名等	2 生年月日	3 明大 昭平																																
3 疾病名	4	じん肺管理区分が管理4(又は4症候)又は管理3(又は3症候)で合併症にかかっていることと決定された年月日																																
5 既往歴	(初診に添付する既往歴について記入して下さい)																																	
6 過去1年間の職業の内容及び経過の概況	(職業を受けた期間) 自 年 月 日 至 年 月 日 (主たる職業及び経過)																																	
7 エックス線写真による検査	<p>4. エックス線写真の像</p> <p>イ. 小陰影の区分 (0/0 0/0 1/0 1/1 1/2 2/1 2/2 2/3 3/2 3/3 3/4)</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>像</td> <td>区 分</td> <td>タイプ</td> </tr> <tr> <td>線状影</td> <td>/</td> <td>p q r</td> </tr> <tr> <td>不整形陰影</td> <td>/</td> <td></td> </tr> </table> <p>ロ. 大陰影の区分 (A B C)</p> <p>ハ. 付加記載事項 (p) ple oo hu ca cv em es px tb)</p>		像	区 分	タイプ	線状影	/	p q r	不整形陰影	/																								
像	区 分	タイプ																																
線状影	/	p q r																																
不整形陰影	/																																	
8 胸部に関する臨床検査	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>検査年月日</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> </tr> <tr> <td>呼吸困難</td> <td>+</td> <td>-</td> <td>+</td> </tr> <tr> <td>チアノーゼ</td> <td>+</td> <td>-</td> <td>+</td> </tr> <tr> <td>ばち状指</td> <td>+</td> <td>-</td> <td>+</td> </tr> <tr> <td>他</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>胸雑音</td> <td>+</td> <td>-</td> <td>(部位)</td> </tr> <tr> <td>心音亢進</td> <td>+</td> <td>-</td> <td></td> </tr> <tr> <td>その他</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table>		検査年月日	年	月	日	呼吸困難	+	-	+	チアノーゼ	+	-	+	ばち状指	+	-	+	他				胸雑音	+	-	(部位)	心音亢進	+	-		その他			
検査年月日	年	月	日																															
呼吸困難	+	-	+																															
チアノーゼ	+	-	+																															
ばち状指	+	-	+																															
他																																		
胸雑音	+	-	(部位)																															
心音亢進	+	-																																
その他																																		

年金通知様式第2号の1(じん肺)裏

日常生活 の状況 (各項目についてできる場合は可、できない場合は否で記入して下さい)	① 乗り物や徒歩で病院に通ったり、自宅周囲や病院敷内を散歩することができる。	可
	② 平地をゆっくりした速度で60分以上歩くことができる。	可
	③ 益殿の手入れをしたり、草花を育てたりするごく軽いつまみ程度の仕事を1時間程度以上続けることができる。	可
	④ 歩いてテレビを見たり、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
	⑤ 他人の手を借りずに又は借りて、自宅や病院敷内をゆっくり歩くことができる。	可
	⑥ 他人の手を借りずに又は借りて、便所を排泄することができる。	可
	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
	⑧ 他人の手を借りずに着物を着たり脱いだりできる。	可
	⑨ 他人の手を借りずに服たり、履きたり、顔を洗ったり、食事をしたりできる。	可
	備考 ① 今後6ヶ月における上記状態の悪化の見込の有無(有の場合はその理由)	
② じん肺及び合併症以外の病状により上記の状態が認められる場合にはその概要を記載して下さい。		
12 今後における治療の要否及びその概要	要 否	(要の場合は、治療の概要を記載して下さい)
13 今後における入院の要否及びその事由	要 否	(要の場合は、その事由を記載して下さい)
14 その他の備考事項		
上記のとおり診断します。 年 月 日		
所在 地 _____ 病院又は診療所の _____ 科 _____ 診断医氏名 _____ (電話 _____)		
(この裏の「診断書内訳表欄」には書き添えて下さい)		

年金通知様式第4号(じん肺・せき損以外用)

年金通知様式第4号

<p>8 エアロ・ダスト、C 原因、新発及び 転移等の症 【転移又は新発 症に罹患したる場 合にはその経過 を記す】</p>	<p>検査年月日 () () () () () ()</p>	<p>検査年月日 () () () () () ()</p> <p>検査成績所見</p> <p>10 日常生活 の状況 【該当する項目の 項目にレを記入 して下さい。】</p> <p>(1) 労働力 <input type="checkbox"/> 0 完全な失業者又は労働力の乏しか <input type="checkbox"/> 1 労働力の乏しか <input type="checkbox"/> 2 労働力あり</p> <p>(2) 在宅 <input type="checkbox"/> 0 在宅 <input type="checkbox"/> 1 在宅 <input type="checkbox"/> 2 在宅 <input type="checkbox"/> 3 在宅 <input type="checkbox"/> 4 在宅 <input type="checkbox"/> 5 在宅 <input type="checkbox"/> 6 在宅 <input type="checkbox"/> 7 在宅 <input type="checkbox"/> 8 在宅 <input type="checkbox"/> 9 在宅 <input type="checkbox"/> 10 在宅 <input type="checkbox"/> 11 在宅 <input type="checkbox"/> 12 在宅 <input type="checkbox"/> 13 在宅 <input type="checkbox"/> 14 在宅 <input type="checkbox"/> 15 在宅 <input type="checkbox"/> 16 在宅 <input type="checkbox"/> 17 在宅 <input type="checkbox"/> 18 在宅 <input type="checkbox"/> 19 在宅 <input type="checkbox"/> 20 在宅 <input type="checkbox"/> 21 在宅 <input type="checkbox"/> 22 在宅 <input type="checkbox"/> 23 在宅 <input type="checkbox"/> 24 在宅 <input type="checkbox"/> 25 在宅 <input type="checkbox"/> 26 在宅 <input type="checkbox"/> 27 在宅 <input type="checkbox"/> 28 在宅 <input type="checkbox"/> 29 在宅 <input type="checkbox"/> 30 在宅 <input type="checkbox"/> 31 在宅 <input type="checkbox"/> 32 在宅 <input type="checkbox"/> 33 在宅 <input type="checkbox"/> 34 在宅 <input type="checkbox"/> 35 在宅 <input type="checkbox"/> 36 在宅 <input type="checkbox"/> 37 在宅 <input type="checkbox"/> 38 在宅 <input type="checkbox"/> 39 在宅 <input type="checkbox"/> 40 在宅 <input type="checkbox"/> 41 在宅 <input type="checkbox"/> 42 在宅 <input type="checkbox"/> 43 在宅 <input type="checkbox"/> 44 在宅 <input type="checkbox"/> 45 在宅 <input type="checkbox"/> 46 在宅 <input type="checkbox"/> 47 在宅 <input type="checkbox"/> 48 在宅 <input type="checkbox"/> 49 在宅 <input type="checkbox"/> 50 在宅 <input type="checkbox"/> 51 在宅 <input type="checkbox"/> 52 在宅 <input type="checkbox"/> 53 在宅 <input type="checkbox"/> 54 在宅 <input type="checkbox"/> 55 在宅 <input type="checkbox"/> 56 在宅 <input type="checkbox"/> 57 在宅 <input type="checkbox"/> 58 在宅 <input type="checkbox"/> 59 在宅 <input type="checkbox"/> 60 在宅 <input type="checkbox"/> 61 在宅 <input type="checkbox"/> 62 在宅 <input type="checkbox"/> 63 在宅 <input type="checkbox"/> 64 在宅 <input type="checkbox"/> 65 在宅 <input type="checkbox"/> 66 在宅 <input type="checkbox"/> 67 在宅 <input type="checkbox"/> 68 在宅 <input type="checkbox"/> 69 在宅 <input type="checkbox"/> 70 在宅 <input type="checkbox"/> 71 在宅 <input type="checkbox"/> 72 在宅 <input type="checkbox"/> 73 在宅 <input type="checkbox"/> 74 在宅 <input type="checkbox"/> 75 在宅 <input type="checkbox"/> 76 在宅 <input type="checkbox"/> 77 在宅 <input type="checkbox"/> 78 在宅 <input type="checkbox"/> 79 在宅 <input type="checkbox"/> 80 在宅 <input type="checkbox"/> 81 在宅 <input type="checkbox"/> 82 在宅 <input type="checkbox"/> 83 在宅 <input type="checkbox"/> 84 在宅 <input type="checkbox"/> 85 在宅 <input type="checkbox"/> 86 在宅 <input type="checkbox"/> 87 在宅 <input type="checkbox"/> 88 在宅 <input type="checkbox"/> 89 在宅 <input type="checkbox"/> 90 在宅 <input type="checkbox"/> 91 在宅 <input type="checkbox"/> 92 在宅 <input type="checkbox"/> 93 在宅 <input type="checkbox"/> 94 在宅 <input type="checkbox"/> 95 在宅 <input type="checkbox"/> 96 在宅 <input type="checkbox"/> 97 在宅 <input type="checkbox"/> 98 在宅 <input type="checkbox"/> 99 在宅 <input type="checkbox"/> 100 在宅 <input type="checkbox"/> 101 在宅 <input type="checkbox"/> 102 在宅 <input type="checkbox"/> 103 在宅 <input type="checkbox"/> 104 在宅 <input type="checkbox"/> 105 在宅 <input type="checkbox"/> 106 在宅 <input type="checkbox"/> 107 在宅 <input type="checkbox"/> 108 在宅 <input type="checkbox"/> 109 在宅 <input type="checkbox"/> 110 在宅 <input type="checkbox"/> 111 在宅 <input type="checkbox"/> 112 在宅 <input type="checkbox"/> 113 在宅 <input type="checkbox"/> 114 在宅 <input type="checkbox"/> 115 在宅 <input type="checkbox"/> 116 在宅 <input type="checkbox"/> 117 在宅 <input type="checkbox"/> 118 在宅 <input type="checkbox"/> 119 在宅 <input type="checkbox"/> 120 在宅 <input type="checkbox"/> 121 在宅 <input type="checkbox"/> 122 在宅 <input type="checkbox"/> 123 在宅 <input type="checkbox"/> 124 在宅 <input type="checkbox"/> 125 在宅 <input type="checkbox"/> 126 在宅 <input type="checkbox"/> 127 在宅 <input type="checkbox"/> 128 在宅 <input type="checkbox"/> 129 在宅 <input type="checkbox"/> 130 在宅 <input type="checkbox"/> 131 在宅 <input type="checkbox"/> 132 在宅 <input type="checkbox"/> 133 在宅 <input type="checkbox"/> 134 在宅 <input type="checkbox"/> 135 在宅 <input type="checkbox"/> 136 在宅 <input type="checkbox"/> 137 在宅 <input type="checkbox"/> 138 在宅 <input type="checkbox"/> 139 在宅 <input type="checkbox"/> 140 在宅 <input type="checkbox"/> 141 在宅 <input type="checkbox"/> 142 在宅 <input type="checkbox"/> 143 在宅 <input type="checkbox"/> 144 在宅 <input type="checkbox"/> 145 在宅 <input type="checkbox"/> 146 在宅 <input type="checkbox"/> 147 在宅 <input type="checkbox"/> 148 在宅 <input type="checkbox"/> 149 在宅 <input type="checkbox"/> 150 在宅 <input type="checkbox"/> 151 在宅 <input type="checkbox"/> 152 在宅 <input type="checkbox"/> 153 在宅 <input type="checkbox"/> 154 在宅 <input type="checkbox"/> 155 在宅 <input type="checkbox"/> 156 在宅 <input type="checkbox"/> 157 在宅 <input type="checkbox"/> 158 在宅 <input type="checkbox"/> 159 在宅 <input type="checkbox"/> 160 在宅 <input type="checkbox"/> 161 在宅 <input type="checkbox"/> 162 在宅 <input type="checkbox"/> 163 在宅 <input type="checkbox"/> 164 在宅 <input type="checkbox"/> 165 在宅 <input type="checkbox"/> 166 在宅 <input type="checkbox"/> 167 在宅 <input type="checkbox"/> 168 在宅 <input type="checkbox"/> 169 在宅 <input type="checkbox"/> 170 在宅 <input type="checkbox"/> 171 在宅 <input type="checkbox"/> 172 在宅 <input type="checkbox"/> 173 在宅 <input type="checkbox"/> 174 在宅 <input type="checkbox"/> 175 在宅 <input type="checkbox"/> 176 在宅 <input type="checkbox"/> 177 在宅 <input type="checkbox"/> 178 在宅 <input type="checkbox"/> 179 在宅 <input type="checkbox"/> 180 在宅 <input type="checkbox"/> 181 在宅 <input type="checkbox"/> 182 在宅 <input type="checkbox"/> 183 在宅 <input type="checkbox"/> 184 在宅 <input type="checkbox"/> 185 在宅 <input type="checkbox"/> 186 在宅 <input type="checkbox"/> 187 在宅 <input type="checkbox"/> 188 在宅 <input type="checkbox"/> 189 在宅 <input type="checkbox"/> 190 在宅 <input type="checkbox"/> 191 在宅 <input type="checkbox"/> 192 在宅 <input type="checkbox"/> 193 在宅 <input type="checkbox"/> 194 在宅 <input type="checkbox"/> 195 在宅 <input type="checkbox"/> 196 在宅 <input type="checkbox"/> 197 在宅 <input type="checkbox"/> 198 在宅 <input type="checkbox"/> 199 在宅 <input type="checkbox"/> 200 在宅 <input type="checkbox"/> 201 在宅 <input type="checkbox"/> 202 在宅 <input type="checkbox"/> 203 在宅 <input type="checkbox"/> 204 在宅 <input type="checkbox"/> 205 在宅 <input type="checkbox"/> 206 在宅 <input type="checkbox"/> 207 在宅 <input type="checkbox"/> 208 在宅 <input type="checkbox"/> 209 在宅 <input type="checkbox"/> 210 在宅 <input type="checkbox"/> 211 在宅 <input type="checkbox"/> 212 在宅 <input type="checkbox"/> 213 在宅 <input type="checkbox"/> 214 在宅 <input type="checkbox"/> 215 在宅 <input type="checkbox"/> 216 在宅 <input type="checkbox"/> 217 在宅 <input type="checkbox"/> 218 在宅 <input type="checkbox"/> 219 在宅 <input type="checkbox"/> 220 在宅 <input type="checkbox"/> 221 在宅 <input type="checkbox"/> 222 在宅 <input type="checkbox"/> 223 在宅 <input type="checkbox"/> 224 在宅 <input type="checkbox"/> 225 在宅 <input type="checkbox"/> 226 在宅 <input type="checkbox"/> 227 在宅 <input type="checkbox"/> 228 在宅 <input type="checkbox"/> 229 在宅 <input type="checkbox"/> 230 在宅 <input type="checkbox"/> 231 在宅 <input type="checkbox"/> 232 在宅 <input type="checkbox"/> 233 在宅 <input type="checkbox"/> 234 在宅 <input type="checkbox"/> 235 在宅 <input type="checkbox"/> 236 在宅 <input type="checkbox"/> 237 在宅 <input type="checkbox"/> 238 在宅 <input type="checkbox"/> 239 在宅 <input type="checkbox"/> 240 在宅 <input type="checkbox"/> 241 在宅 <input type="checkbox"/> 242 在宅 <input type="checkbox"/> 243 在宅 <input type="checkbox"/> 244 在宅 <input type="checkbox"/> 245 在宅 <input type="checkbox"/> 246 在宅 <input type="checkbox"/> 247 在宅 <input type="checkbox"/> 248 在宅 <input type="checkbox"/> 249 在宅 <input type="checkbox"/> 250 在宅 <input type="checkbox"/> 251 在宅 <input type="checkbox"/> 252 在宅 <input type="checkbox"/> 253 在宅 <input type="checkbox"/> 254 在宅 <input type="checkbox"/> 255 在宅 <input type="checkbox"/> 256 在宅 <input type="checkbox"/> 257 在宅 <input type="checkbox"/> 258 在宅 <input type="checkbox"/> 259 在宅 <input type="checkbox"/> 260 在宅 <input type="checkbox"/> 261 在宅 <input type="checkbox"/> 262 在宅 <input type="checkbox"/> 263 在宅 <input type="checkbox"/> 264 在宅 <input type="checkbox"/> 265 在宅 <input type="checkbox"/> 266 在宅 <input type="checkbox"/> 267 在宅 <input type="checkbox"/> 268 在宅 <input type="checkbox"/> 269 在宅 <input type="checkbox"/> 270 在宅 <input type="checkbox"/> 271 在宅 <input type="checkbox"/> 272 在宅 <input type="checkbox"/> 273 在宅 <input type="checkbox"/> 274 在宅 <input type="checkbox"/> 275 在宅 <input type="checkbox"/> 276 在宅 <input type="checkbox"/> 277 在宅 <input type="checkbox"/> 278 在宅 <input type="checkbox"/> 279 在宅 <input type="checkbox"/> 280 在宅 <input type="checkbox"/> 281 在宅 <input type="checkbox"/> 282 在宅 <input type="checkbox"/> 283 在宅 <input type="checkbox"/> 284 在宅 <input type="checkbox"/> 285 在宅 <input type="checkbox"/> 286 在宅 <input type="checkbox"/> 287 在宅 <input type="checkbox"/> 288 在宅 <input type="checkbox"/> 289 在宅 <input type="checkbox"/> 290 在宅 <input type="checkbox"/> 291 在宅 <input type="checkbox"/> 292 在宅 <input type="checkbox"/> 293 在宅 <input type="checkbox"/> 294 在宅 <input type="checkbox"/> 295 在宅 <input type="checkbox"/> 296 在宅 <input type="checkbox"/> 297 在宅 <input type="checkbox"/> 298 在宅 <input type="checkbox"/> 299 在宅 <input type="checkbox"/> 300 在宅 <input type="checkbox"/> 301 在宅 <input type="checkbox"/> 302 在宅 <input type="checkbox"/> 303 在宅 <input type="checkbox"/> 304 在宅 <input type="checkbox"/> 305 在宅 <input type="checkbox"/> 306 在宅 <input type="checkbox"/> 307 在宅 <input type="checkbox"/> 308 在宅 <input type="checkbox"/> 309 在宅 <input type="checkbox"/> 310 在宅 <input type="checkbox"/> 311 在宅 <input type="checkbox"/> 312 在宅 <input type="checkbox"/> 313 在宅 <input type="checkbox"/> 314 在宅 <input type="checkbox"/> 315 在宅 <input type="checkbox"/> 316 在宅 <input type="checkbox"/> 317 在宅 <input type="checkbox"/> 318 在宅 <input type="checkbox"/> 319 在宅 <input type="checkbox"/> 320 在宅 <input type="checkbox"/> 321 在宅 <input type="checkbox"/> 322 在宅 <input type="checkbox"/> 323 在宅 <input type="checkbox"/> 324 在宅 <input type="checkbox"/> 325 在宅 <input type="checkbox"/> 326 在宅 <input type="checkbox"/> 327 在宅 <input type="checkbox"/> 328 在宅 <input type="checkbox"/> 329 在宅 <input type="checkbox"/> 330 在宅 <input type="checkbox"/> 331 在宅 <input type="checkbox"/> 332 在宅 <input type="checkbox"/> 333 在宅 <input type="checkbox"/> 334 在宅 <input type="checkbox"/> 335 在宅 <input type="checkbox"/> 336 在宅 <input type="checkbox"/> 337 在宅 <input type="checkbox"/> 338 在宅 <input type="checkbox"/> 339 在宅 <input type="checkbox"/> 340 在宅 <input type="checkbox"/> 341 在宅 <input type="checkbox"/> 342 在宅 <input type="checkbox"/> 343 在宅 <input type="checkbox"/> 344 在宅 <input type="checkbox"/> 345 在宅 <input type="checkbox"/> 346 在宅 <input type="checkbox"/> 347 在宅 <input type="checkbox"/> 348 在宅 <input type="checkbox"/> 349 在宅 <input type="checkbox"/> 350 在宅 <input type="checkbox"/> 351 在宅 <input type="checkbox"/> 352 在宅 <input type="checkbox"/> 353 在宅 <input type="checkbox"/> 354 在宅 <input type="checkbox"/> 355 在宅 <input type="checkbox"/> 356 在宅 <input type="checkbox"/> 357 在宅 <input type="checkbox"/> 358 在宅 <input type="checkbox"/> 359 在宅 <input type="checkbox"/> 360 在宅 <input type="checkbox"/> 361 在宅 <input type="checkbox"/> 362 在宅 <input type="checkbox"/> 363 在宅 <input type="checkbox"/> 364 在宅 <input type="checkbox"/> 365 在宅 <input type="checkbox"/> 366 在宅 <input type="checkbox"/> 367 在宅 <input type="checkbox"/> 368 在宅 <input type="checkbox"/> 369 在宅 <input type="checkbox"/> 370 在宅 <input type="checkbox"/> 371 在宅 <input type="checkbox"/> 372 在宅 <input type="checkbox"/> 373 在宅 <input type="checkbox"/> 374 在宅 <input type="checkbox"/> 375 在宅 <input type="checkbox"/> 376 在宅 <input type="checkbox"/> 377 在宅 <input type="checkbox"/> 378 在宅 <input type="checkbox"/> 379 在宅 <input type="checkbox"/> 380 在宅 <input type="checkbox"/> 381 在宅 <input type="checkbox"/> 382 在宅 <input type="checkbox"/> 383 在宅 <input type="checkbox"/> 384 在宅 <input type="checkbox"/> 385 在宅 <input type="checkbox"/> 386 在宅 <input type="checkbox"/> 387 在宅 <input type="checkbox"/> 388 在宅 <input type="checkbox"/> 389 在宅 <input type="checkbox"/> 390 在宅 <input type="checkbox"/> 391 在宅 <input type="checkbox"/> 392 在宅 <input type="checkbox"/> 393 在宅 <input type="checkbox"/> 394 在宅 <input type="checkbox"/> 395 在宅 <input type="checkbox"/> 396 在宅 <input type="checkbox"/> 397 在宅 <input type="checkbox"/> 398 在宅 <input type="checkbox"/> 399 在宅 <input type="checkbox"/> 400 在宅 <input type="checkbox"/> 401 在宅 <input type="checkbox"/> 402 在宅 <input type="checkbox"/> 403 在宅 <input type="checkbox"/> 404 在宅 <input type="checkbox"/> 405 在宅 <input type="checkbox"/> 406 在宅 <input type="checkbox"/> 407 在宅 <input type="checkbox"/> 408 在宅 <input type="checkbox"/> 409 在宅 <input type="checkbox"/> 410 在宅 <input type="checkbox"/> 411 在宅 <input type="checkbox"/> 412 在宅 <input type="checkbox"/> 413 在宅 <input type="checkbox"/> 414 在宅 <input type="checkbox"/> 415 在宅 <input type="checkbox"/> 416 在宅 <input type="checkbox"/> 417 在宅 <input type="checkbox"/> 418 在宅 <input type="checkbox"/> 419 在宅 <input type="checkbox"/> 420 在宅 <input type="checkbox"/> 421 在宅 <input type="checkbox"/> 422 在宅 <input type="checkbox"/> 423 在宅 <input type="checkbox"/> 424 在宅 <input type="checkbox"/> 425 在宅 <input type="checkbox"/> 426 在宅 <input type="checkbox"/> 427 在宅 <input type="checkbox"/> 428 在宅 <input type="checkbox"/> 429 在宅 <input type="checkbox"/> 430 在宅 <input type="checkbox"/> 431 在宅 <input type="checkbox"/> 432 在宅 <input type="checkbox"/> 433 在宅 <input type="checkbox"/> 434 在宅 <input type="checkbox"/> 435 在宅 <input type="checkbox"/> 436 在宅 <input type="checkbox"/> 437 在宅 <input type="checkbox"/> 438 在宅 <input type="checkbox"/> 439 在宅 <input type="checkbox"/> 440 在宅 <input type="checkbox"/> 441 在宅 <input type="checkbox"/> 442 在宅 <input type="checkbox"/> 443 在宅 <input type="checkbox"/> 444 在宅 <input type="checkbox"/> 445 在宅 <input type="checkbox"/> 446 在宅 <input type="checkbox"/> 447 在宅 <input type="checkbox"/> 448 在宅 <input type="checkbox"/> 449 在宅 <input type="checkbox"/> 450 在宅 <input type="checkbox"/> 451 在宅 <input type="checkbox"/> 452 在宅 <input type="checkbox"/> 453 在宅 <input type="checkbox"/> 454 在宅 <input type="checkbox"/> 455 在宅 <input type="checkbox"/> 456 在宅 <input type="checkbox"/> 457 在宅 <input type="checkbox"/> 458 在宅 <input type="checkbox"/> 459 在宅 <input type="checkbox"/> 460 在宅 <input type="checkbox"/> 461 在宅 <input type="checkbox"/> 462 在宅 <input type="checkbox"/> 463 在宅 <input type="checkbox"/> 464 在宅 <input type="checkbox"/> 465 在宅 <input type="checkbox"/> 466 在宅 <input type="checkbox"/> 467 在宅 <input type="checkbox"/> 468 在宅 <input type="checkbox"/> 469 在宅 <input type="checkbox"/> 470 在宅 <input type="checkbox"/> 471 在宅 <input type="checkbox"/> 472 在宅 <input type="checkbox"/> 473 在宅 <input type="checkbox"/> 474 在宅 <input type="checkbox"/> 475 在宅 <input type="checkbox"/> 476 在宅 <input type="checkbox"/> 477 在宅 <input type="checkbox"/> 478 在宅 <input type="checkbox"/> 479 在宅 <input type="checkbox"/> 480 在宅 <input type="checkbox"/> 481 在宅 <input type="checkbox"/> 482 在宅 <input type="checkbox"/> 483 在宅 <input type="checkbox"/> 484 在宅 <input type="checkbox"/> 485 在宅 <input type="checkbox"/> 486 在宅 <input type="checkbox"/> 487 在宅 <input type="checkbox"/> 488 在宅 <input type="checkbox"/> 489 在宅 <input type="checkbox"/> 490 在宅 <input type="checkbox"/> 491 在宅 <input type="checkbox"/> 492 在宅 <input type="checkbox"/> 493 在宅 <input type="checkbox"/> 494 在宅 <input type="checkbox"/> 495 在宅 <input type="checkbox"/> 496 在宅 <input type="checkbox"/> 497 在宅 <input type="checkbox"/> 498 在宅 <input type="checkbox"/> 499 在宅 <input type="checkbox"/> 500 在宅 <input type="checkbox"/> 501 在宅 <input type="checkbox"/> 502 在宅 <input type="checkbox"/> 503 在宅 <input type="checkbox"/> 504 在宅 <input type="checkbox"/> 505 在宅 <input type="checkbox"/> 506 在宅 <input type="checkbox"/> 507 在宅 <input type="checkbox"/> 508 在宅 <input type="checkbox"/> 509 在宅 <input type="checkbox"/> 510 在宅 <input type="checkbox"/> 511 在宅 <input type="checkbox"/> 512 在宅 <input type="checkbox"/> 513 在宅 <input type="checkbox"/> 514 在宅 <input type="checkbox"/> 515 在宅 <input type="checkbox"/> 516 在宅 <input type="checkbox"/> 517 在宅 <input type="checkbox"/> 518 在宅 <input type="checkbox"/> 519 在宅 <input type="checkbox"/> 520 在宅 <input type="checkbox"/> 521 在宅 <input type="checkbox"/> 522 在宅 <input type="checkbox"/> 523 在宅 <input type="checkbox"/> 524 在宅 <input type="checkbox"/> 525 在宅 <input type="checkbox"/> 526 在宅 <input type="checkbox"/> 527 在宅 <input type="checkbox"/> 528 在宅 <input type="checkbox"/> 529 在宅 <input type="checkbox"/> 530 在宅 <input type="checkbox"/> 531 在宅 <input type="checkbox"/> 532 在宅 <input type="checkbox"/> 533 在宅 <input type="checkbox"/> 534 在宅 <input type="checkbox"/> 535 在宅 <input type="checkbox"/> 536 在宅 <input type="checkbox"/> 537 在宅 <input type="checkbox"/> 538 在宅 <input type="checkbox"/> 539 在宅 <input type="checkbox"/> 540 在宅 <input type="checkbox"/> 541 在宅 <input type="checkbox"/> 542 在宅 <input type="checkbox"/> 543 在宅 <input type="checkbox"/> 544 在宅 <input type="checkbox"/> 545 在宅 <input type="checkbox"/> 546 在宅 <input type="checkbox"/> 547 在宅 <input type="checkbox"/> 548 在宅 <input type="checkbox"/> 549 在宅 <input type="checkbox"/> 550 在宅 <input type="checkbox"/> 551 在宅 <input type="checkbox"/> 552 在宅 <input type="checkbox"/> 553 在宅 <input type="checkbox"/> 554 在宅 <input type="checkbox"/> 555 在宅 <input type="checkbox"/> 556 在宅 <input type="checkbox"/> 557 在宅 <input type="checkbox"/> 558 在宅 <input type="checkbox"/> 559 在宅 <input type="checkbox"/> 560 在宅 <input type="checkbox"/> 561 在宅 <input type="checkbox"/> 562 在宅 <input type="checkbox"/> 563 在宅 <input type="checkbox"/> 564 在宅 <input type="checkbox"/> 565 在宅 <input type="checkbox"/> 566 在宅 <input type="checkbox"/> 567 在宅 <input type="checkbox"/> 568 在宅 <input type="checkbox"/> 569 在宅 <input type="checkbox"/> 570 在宅 <input type="checkbox"/> 571 在宅 <input type="checkbox"/> 572 在宅 <input type="checkbox"/> 573 在宅 <input type="checkbox"/> 574 在宅 <input type="checkbox"/> 575 在宅 <input type="checkbox"/> 576 在宅 <input type="checkbox"/> 577 在宅 <input type="checkbox"/> 578 在宅 <input type="checkbox"/> 579 在宅 <input type="checkbox"/> 580 在宅 <input type="checkbox"/> 581 在宅 <input type="checkbox"/> 582 在宅 <input type="checkbox"/> 583 在宅 <input type="checkbox"/> 584 在宅 <input type="checkbox"/> 585 在宅 <input type="checkbox"/> 586 在宅 <input type="checkbox"/> 587 在宅 <input type="checkbox"/> 588 在宅 <input type="checkbox"/> 589 在宅 <input type="checkbox"/> 590 在宅 <input type="checkbox"/> 591 在宅 <input type="checkbox"/> 592 在宅 <input type="checkbox"/> 593 在宅 <input type="checkbox"/> 594 在宅 <input type="checkbox"/> 595 在宅 <input type="checkbox"/> 596 在宅 <input type="checkbox"/> 597 在宅 <input type="checkbox"/> 598 在宅 <input type="checkbox"/> 599 在宅 <input type="checkbox"/> 600 在宅 <input type="checkbox"/> 601 在宅 <input type="checkbox"/> 602 在宅 <input type="checkbox"/> 603 在宅 <input type="checkbox"/> 604 在宅 <input type="checkbox"/> 605 在宅 <input type="checkbox"/> 606 在宅 <input type="checkbox"/> 607 在宅 <input type="checkbox"/> 608 在宅 <input type="checkbox"/> 609 在宅 <input type="checkbox"/> 610 在宅 <input type="checkbox"/> 611 在宅 <input type="checkbox"/> 612 在宅 <input type="checkbox"/> 613 在宅 <input type="checkbox"/> 614 在宅 <input type="checkbox"/> 615 在宅 <input type="checkbox"/> 616 在宅 <input type="checkbox"/> 617 在宅 <input type="checkbox"/> 618 在宅 <input type="checkbox"/> 619 在宅 <input type="checkbox"/> 620 在宅 <input type="checkbox"/> 621 在宅 <input type="checkbox"/> 622 在宅 <input type="checkbox"/> 623 在宅 <input type="checkbox"/> 624 在宅 <input type="checkbox"/> 625 在宅 <input type="checkbox"/> 626 在宅 <input type="checkbox"/> 627 在宅 <input type="checkbox"/> 628 在宅 <input type="checkbox"/> 629 在宅 <input type="checkbox"/> 630 在宅 <input type="checkbox"/> 631 在宅 <input type="checkbox"/> 632 在宅 <input type="checkbox"/> 633 在宅 <input type="checkbox"/> 634 在宅 <input type="checkbox"/> 635 在宅 <input type="checkbox"/> 636 在宅 <input type="checkbox"/> 637 在宅 <input type="checkbox"/> 638 在宅 <input type="checkbox"/> 639 在宅 <input type="checkbox"/> 640 在宅 <input type="checkbox"/> 641 在宅 <input type="checkbox"/> 642 在宅 <input type="checkbox"/> 643 在宅 <input type="checkbox"/> 644 在宅 <input type="checkbox"/> 645 在宅 <input type="checkbox"/> 646 在宅 <input type="checkbox"/> 647 在宅 <input type="checkbox"/> 648 在宅 <input type="checkbox"/> 649 在宅 <input type="checkbox"/> 650 在宅 <input type="checkbox"/> 651 在宅 <input type="checkbox"/> 652 在宅 <input type="checkbox"/> 653 在宅 <input type="checkbox"/> 654 在宅 <input type="checkbox"/> 655 在宅 <input type="checkbox"/> 656 在宅 <input type="checkbox"/> 657 在宅 <input type="checkbox"/> 658 在宅 <input type="checkbox"/> 659 在宅 <input type="checkbox"/> 660 在宅 <input type="checkbox"/> 661 在宅 <input type="checkbox"/> 662 在宅 <input type="checkbox"/> 663 在宅 <input type="checkbox"/> 664 在宅 <input type="checkbox"/> 665 在宅 <input type="checkbox"/> 666 在宅 <input type="checkbox"/> 667 在宅 <input type="checkbox"/> 668 在宅 <input type="checkbox"/> 669 在宅 <input type="checkbox"/> 670 在宅 <input type="checkbox"/> 671 在宅 <input type="checkbox"/> 672 在宅 <input type="checkbox"/> 673 在宅 <input type="checkbox"/> 674 在宅 <input type="checkbox"/> 675 在宅 <input type="checkbox"/> 676 在宅 <input type="checkbox"/> 677 在宅 <input type="checkbox"/> 678 在宅 <input type="checkbox"/> 679 在宅 <input type="checkbox"/> 680 在宅 <input type="checkbox"/> 681 在宅 <input type="checkbox"/> 682 在宅 <input type="checkbox"/> 683 在宅 <input type="checkbox"/> 684 在宅 <input type="checkbox"/> 685 在宅 <input type="checkbox"/> 686 在宅 <input type="checkbox"/> 687 在宅 <input type="checkbox"/> 688 在宅 <input type="checkbox"/> 689 在宅 <input type="checkbox"/> 690 在宅 <input type="checkbox"/> 691 在宅 <input type="checkbox"/> 692 在宅 <input type="checkbox"/> 693 在宅 <input type="checkbox"/> 694 在宅 <input type="checkbox"/> 695 在宅 <input type="checkbox"/> 696 在宅 <input type="checkbox"/> 697 在宅 <input type="checkbox"/> 698 在宅 <input type="checkbox"/> 699 在宅 <input type="checkbox"/> 700 在宅 <input type="checkbox"/> 701 在宅 <input type="checkbox"/> 702 在宅 <input type="checkbox"/> 703 在宅 <input type="checkbox"/> 704 在宅 <input type="checkbox"/> 705 在宅 <input type="checkbox"/> 706 在宅 <input type="checkbox"/> 707 在宅 <input type="checkbox"/> 708 在宅 <input type="checkbox"/> 709 在宅 <input type="checkbox"/> 710 在宅 <input type="checkbox"/> 711 在宅 <input type="checkbox"/> 712 在宅 <input type="checkbox"/> 713 在宅 <input type="checkbox"/> 714 在宅 <input type="checkbox"/> 715 在宅 <input type="checkbox"/> 716 在宅 <input type="checkbox"/> 717 在宅 <input type="checkbox"/> 718 在宅 <input type="checkbox"/> 719 在宅 <input type="checkbox"/> 720 在宅 <input type="checkbox"/> 721 在宅 <input type="checkbox"/> 722 在宅 <input type="checkbox"/> 723 在宅 <input type="checkbox"/> 724 在宅 <input type="checkbox"/> 725 在宅 <input type="checkbox"/> 726 在宅 <input type="checkbox"/> 727 在宅 <input type="checkbox"/> 728 在宅 <input type="checkbox"/> 729 在宅 <input type="checkbox"/> 730 在宅 <input type="checkbox"/> 731 在宅 <input type="checkbox"/> 732 在宅 <input type="checkbox"/> 733 在宅 <input type="checkbox"/> 734 在宅 <input type="checkbox"/> 735 在宅 <input type="checkbox"/> 736 在宅 <input type="checkbox"/> 737 在宅 <input type="checkbox"/> 738 在宅 <input type="checkbox"/> 739 在宅 <input type="checkbox"/> 740 在宅 <input type="checkbox"/> 741 在宅 <input type="checkbox"/> 742 在宅 <input type="checkbox"/> 743 在宅 <input type="checkbox"/> 744 在宅 <input type="checkbox"/> 745 在宅 <input type="checkbox"/> 746 在宅 <input type="checkbox"/> 747 在宅 <input type="checkbox"/> 748 在宅 <input type="checkbox"/> 749 在宅 <input type="checkbox"/> 750 在宅 <input type="checkbox"/> 751 在宅 <input type="checkbox"/> 752 在宅 <input type="checkbox"/> 753 在宅 <input type="checkbox"/> 754 在宅 <input type="checkbox"/> 755 在宅 <input type="checkbox"/> 756 在宅 <input type="checkbox"/> 757 在宅 <input type="checkbox"/> 758 在宅 <input type="checkbox"/> 759 在宅 <input type="checkbox"/> 760 在宅 <input type="checkbox"/> 761 在宅 <input type="checkbox"/> 762 在宅 <input type="checkbox"/> 763 在宅 <input type="checkbox"/> 764 在宅 <input type="checkbox"/> 765 在宅 <input type="checkbox"/> 766 在宅 <input type="checkbox"/> 767 在宅 <input type="checkbox"/> 768 在宅 <input type="checkbox"/> 769 在宅 <input type="checkbox"/> 770 在宅 <input type="checkbox"/> 771 在宅 <input type="checkbox"/> 772 在宅 <input type="checkbox"/> 773 在宅 <input type="checkbox"/> 774 在宅 <input type="checkbox"/> 775 在宅 <input type="checkbox"/> 776 在宅 <input type="checkbox"/> 777 在宅 <input type="checkbox"/> 778 在宅 <input type="checkbox"/> 779 在宅 <input type="checkbox"/> 780 在宅 <input type="checkbox"/> 781 在宅 <input type="checkbox"/> 782 在宅 <input type="checkbox"/> 783 在宅 <input type="checkbox"/> 784 在宅 <input type="checkbox"/> 785 在宅 <input type="checkbox"/> 786 在宅 <input type="checkbox"/> 787 在宅 <input type="checkbox"/> 788 在宅 <input type="checkbox"/> 789 在宅 <input type="checkbox"/> 790 在宅 <input type="checkbox"/> 791 在宅 <input type="checkbox"/> 792 在宅 <input type="checkbox"/> 793 在宅 <input type="checkbox"/> 794 在宅 <input type="checkbox"/> 795 在宅 <input type="checkbox"/> 796 在宅 <input type="checkbox"/> 797 在宅 <input type="checkbox"/> 798 在宅 <input type="checkbox"/> 799 在宅 <input type="checkbox"/> 800 在宅 <input type="checkbox"/> 801 在宅 <input type="checkbox"/> 802 在宅 <input type="checkbox"/> 803 在宅 <input type="checkbox"/> 804 在宅 <input type="checkbox"/> 805 在宅 <input type="checkbox"/> 806 在宅 <input type="checkbox"/> 807 在宅 <input type="checkbox"/> 808 在宅 <input type="checkbox"/> 809 在宅 <input type="checkbox"/> 810 在宅 <input type="checkbox"/> 811 在宅 <input type="checkbox"/> 812 在宅 <input type="checkbox"/> 813 在宅 <input type="checkbox"/> 814 在宅 <input type="checkbox"/> 815 在宅 <input type="checkbox"/> 816 在宅 <input type="checkbox"/> 817 在宅 <input type="checkbox"/> 818 在宅 <input type="checkbox"/> 819 在宅 <input type="checkbox"/> 820 在宅 <input type="checkbox"/> 821 在宅 <input type="checkbox"/> 822 在宅 <input type="checkbox"/> 823 在宅 <input type="checkbox"/> 824 在宅 <input type="checkbox"/> 825 在宅 <input type="checkbox"/> 826 在宅 <input type="checkbox"/> 827 在宅 <input type="checkbox"/> 828 在宅 <input type="checkbox"/> 829 在宅 <input type="checkbox"/> 830 在宅 <input type="checkbox"/> 831 在宅 <input type="checkbox"/> 832 在宅 <input type="checkbox"/> 833 在宅 <input type="checkbox"/> 834 在宅 <input type="checkbox"/> 835 在宅 <input type="checkbox"/> 836 在宅 <input type="checkbox"/> 837 在宅 <input type="checkbox"/> 838 在宅 <input type="checkbox"/> 839 在宅 <input type="checkbox"/> 840 在宅 <input type="checkbox"/> 841 在宅 <input type="checkbox"/> 842 在宅 <input type="checkbox"/> 843 在宅 <input type="checkbox"/> 844 在宅 <input type="checkbox"/> 845 在宅 <input type="checkbox"/> 846 在宅 <input type="checkbox"/> 847 在宅 <input type="checkbox"/> 848 在宅 <input type="checkbox"/> 849 在宅 <input type="checkbox"/> 850 在宅 <input type="checkbox"/> 851 在宅 <input type="checkbox"/> 852 在宅 <input type="checkbox"/> 853 在宅 <input type="checkbox"/> 854 在宅 <input type="checkbox"/> 855 在宅 <input type="checkbox"/> 856 在宅 <input type="checkbox"/> 857 在宅 <input type="checkbox"/> 858 在宅 <input type="checkbox"/> 859 在宅 <input type="checkbox"/> 860 在宅 <input type="checkbox"/> 861 在宅 <input type="checkbox"/> 862 在宅 <input type="checkbox"/> 863 在宅 <input type="checkbox"/> 864 在宅 <input type="checkbox"/> 865 在宅 <input type="checkbox"/> 866 在宅 <input type="checkbox"/> 867 在宅 <input type="checkbox"/> 868 在宅 <input type="checkbox"/> 869 在宅 <input type="checkbox"/> 870 在宅 <input type="checkbox"/> 871 在宅 <input type="checkbox"/> 872 在宅 <input type="checkbox"/> 873 在宅 <input type="checkbox"/> 874 在宅 <input type="checkbox"/> 875 在宅 <input type="checkbox"/> 876 在宅 <input type="checkbox"/> 877 在宅 <input type="checkbox"/> 878 在宅 <input type="checkbox"/> 879 在宅 <input type="checkbox"/> 880 在宅 <input type="checkbox"/> 881 在宅 <input type="checkbox"/> 882 在宅 <input type="checkbox"/> 883 在宅 <input type="checkbox"/> 884 在宅 <input type="checkbox"/> 885 在宅 <input type="checkbox"/> 886 在宅 <input type="checkbox"/> 887 在宅 <input type="checkbox"/> 888 在宅 <input type="checkbox"/> 889 在宅 <input type="checkbox"/> 890 在宅 <input type="checkbox"/> 891 在宅 <input type="checkbox"/> 892 在宅 <input type="checkbox"/> 893 在宅 <input type="checkbox"/> 894 在宅 <input type="checkbox"/> 895 在宅 <input type="checkbox"/> 896 在宅 <input type="checkbox"/> 897 在宅 <input type="checkbox"/> 898 在宅 <input type="checkbox"/> 899 在宅 <input type="checkbox"/> 900 在宅 <input type="checkbox"/> 901 在宅 <input type="checkbox"/> 902 在宅 <input type="checkbox"/> 903 在宅 <input type="checkbox"/> 904 在宅 <input type="checkbox"/> 905 在宅 <input type="checkbox"/> 906 在宅 <input type="checkbox"/> 907 在宅 <input type="checkbox"/> 908 在宅 <input type="checkbox"/> 909 在宅 <input type="checkbox"/> 910 在宅 <input type="checkbox"/> 911 在宅 <input type="checkbox"/> 912 在宅 <input type="checkbox"/> 913 在宅 <input type="checkbox"/> 914 在宅 <input type="checkbox"/> 915 在宅 <input type="checkbox"/> 916 在宅 <input type="checkbox"/> 917 在宅 <input type="checkbox"/> 918 在宅 <input type="checkbox"/> 919 在宅 <input type="checkbox"/> 920 在宅 <input type="checkbox"/> 921 在宅 <input type="checkbox"/> 922 在宅 <input type="checkbox"/> 923 在宅 <input type="checkbox"/> 924 在宅 <input type="checkbox"/> 925 在宅 <input type="checkbox"/> 926 在宅 <input type="checkbox"/> 927 在宅 <input type="checkbox"/> 928 在宅 <input type="checkbox"/> 929 在宅 <input type="checkbox"/> 930 在宅 <input type="checkbox"/> 931 在宅 <input type="checkbox"/> 932 在宅 <input type="checkbox"/> 933 在宅 <input type="checkbox"/> 934 在宅 <input type="checkbox"/> 935 在宅 <input type="checkbox"/> 936 在宅 <input type="checkbox"/> 937 在宅 <input type="checkbox"/> 938 在宅 <input type="checkbox"/> 939 在宅 <input type="checkbox"/> 940 在宅 <input type="checkbox"/> 941 在宅 <input type="checkbox"/> 942 在宅 <input type="checkbox"/> 943 在宅 <input type="checkbox"/> 944 在宅 <input type="checkbox"/> 945 在宅 <input type="checkbox"/> 946 在宅 <input type="checkbox"/> 947 在宅 <input type="checkbox"/> 948 在宅 <input type="checkbox"/> 949 在宅 <input type="checkbox"/> 950 在宅 <input type="checkbox"/> 951 在宅 <input type="checkbox"/> 952 在宅 <input type="checkbox"/> 953 在宅 <input type="checkbox"/> 954 在宅 <input type="checkbox"/> 955 在宅 <input type="checkbox"/> 956 在宅 <input type="checkbox"/> 957 在宅 <input type="checkbox"/> 958 在宅 <input type="checkbox"/> 959 在宅 <input type="checkbox"/> 960 在宅 <input type="checkbox"/> 961 在宅 <input type="checkbox"/> 962 在宅 <input type="checkbox"/> 963 在宅 <input type="checkbox"/> 964 在宅 <input type="checkbox"/> 965 在宅 <input type="checkbox"/> 966 在宅 <input type="checkbox"/> 967 在宅 <input type="checkbox"/> 968 在宅 <input type="checkbox"/> 969 在宅 <input type="checkbox"/> 970 在宅 <input type="checkbox"/> 971 在宅 <input type="checkbox"/> 972 在宅 <input type="checkbox"/> 973 在宅 <input type="checkbox"/> 974 在宅 <input type="checkbox"/> 975 在宅 <input type="checkbox"/> 976 在宅 <input type="checkbox"/> 977 在宅 <input type="checkbox"/> 978 在宅 <input type="checkbox"/> 979 在宅 <input type="checkbox"/> 980 在宅 <input type="checkbox"/> 981 在宅 <input type="checkbox"/> 982 在宅 <input type="checkbox"/> 983 在宅 <input type="checkbox"/> 984 在宅 <input type="checkbox"/> 985 在宅 <input type="checkbox"/> 986 在宅 <input type="checkbox"/> 987 在宅 <input type="checkbox"/> 988 在宅 <input type="checkbox"/> 989 在宅 <input type="checkbox"/> 990 在宅 <input type="checkbox"/> 991 在宅 <input type="checkbox"/> 992 在宅 <input type="checkbox"/> 993 在宅 <input type="checkbox"/> 994 在宅 <input type="checkbox"/> 995 在宅 <input type="checkbox"/> 996 在宅 <input type="checkbox"/> 997 在宅 <input type="checkbox"/> 998 在宅 <input type="checkbox"/> 999 在宅 <input type="checkbox"/> 1000 在宅 <input type="checkbox"/> 1001 在宅 <input type="checkbox"/> 1002 在宅 <input type="checkbox"/> 1003 在宅 <input type="checkbox"/> 1004 在宅 <input type="checkbox"/> 1005 在宅 </p>
--	--------------------------------------	---

労働者災害補償保険
障害の状態に関する診断書

① 氏名			② 生年月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日
③ 負傷(発病) 年月日	昭和 平成	年 月 日	④ 治 由 年月日	昭和 平成	年 月 日
⑤ 傷病名					
⑥ 障害の部位					
⑦ 障害の 状態の 詳細	関節運動範囲の計測又は 検査の結果	計測部位又は検査の種類	計測又は検査の結果		
⑧ 日常生活の状況 (該当する事項の 項目に✓を記入し て下さい。)	(1) 行動能力	<input type="checkbox"/> ①終日臥床 <input type="checkbox"/> ②自宅、病棟内でのみ行動できる <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 <input type="checkbox"/> ②他人の介助によってできる <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 <input type="checkbox"/> ②他人の介助によってできる <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 <input type="checkbox"/> ②随時他人の注意を要する <input type="checkbox"/> ③通院可能であるが就労できない <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 <input type="checkbox"/> ②他人との間でようやく意思が通じあう ことができる <input type="checkbox"/> ③支障がない			

以上のとおり診断します。

平成 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

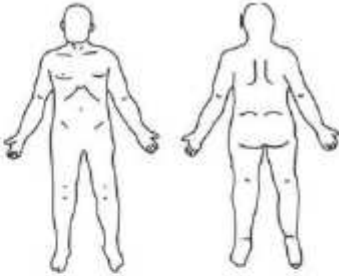
(電話

)

註 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。

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
		初 診 年 月 日	年 月 日
障 害 の 部 位		治 癒 (症 状 固 定) 年 月 日	年 月 日
既 往 症		既 存 障 害	
主 な 療 養 内 容 及 び 経 過			
障 害 の 状 態 及 び X P 等 の 所 見	(図で示すことができるものは図解して下さい。)		
			
労 災 保 険 制 度 の ア フ タ ー ケ ア の 必 要 性	有 無	<small>(有無のいずれかに○をしてください。 なお、アフターケアの対象となるケガや病気は定められており、一定の障害等級などを対象者の要件としています。)</small>	
関 節 の 機 能 障 害 の 有 無	有 無		
上記のとおり診断します。		〒 _____ 電話() _____	
		所 在 地	
		年 月 日	
		名 稱	
		診 断 担 当 者 氏 名	

(裏 面 あり)

障害(補償)給付請求用(裏面)

上下肢等関節角度測定表

関節名 部位		中手(足)指節関節		指節間関節		部位	左	右	
		左	右	左	右				
母指 [第1足指]	屈曲					母指	腕側外転		
	伸展						掌側外転		
関節名 部位		中手(足)指節関節		近位指節間関節		遠位指節間関節			
		左	右	左	右	左	右		
示指 [第2足指]	屈曲								
	伸展								
中指 [第3足指]	屈曲								
	伸展								
環指 [第4足指]	屈曲								
	伸展								
小指 [第5足指]	屈曲								
	伸展								
運動方向 部位		屈曲(前屈)	伸展(後屈)	回旋		側屈			
				左	右	左	右		
頸部									
胸腰部									
部位 運動方向		手関節		足関節		ひじ関節		ひざ関節	
		左	右	左	右	左	右	左	右
屈曲(掌屈・底屈)									
伸展(背屈)									
腕屈				部位 運動方向	肩関節		股関節		
尺屈					左	右	左	右	
部位 運動方向		前腕		屈曲(前方拳上)					
		左	右	伸展(後方拳上)					
回内				外転(側方拳上)					
回外				内転					
				外旋					
				内旋					

【注意】

- 1 本測定表のうち、必要部分のみ記載して下さい。
- 2 患側のみならず健側も測定して下さい。
- 3 原則、他動運動により測定して下さい。自動運動で測定した場合には、その理由を記載して下さい。

自動運動で測定した理由

()

労働者災害補償保険 診 断 書

介護(補償)給付請求用

氏 名		生年月日	年 月 日										
障害の部位（業務災害又は通勤災害に係るものに限りま。また、障害が複数存する場合は、その全てを記載してください。）													
障害の状態													
日常生活の状況 (該当する事項の項目に✓を記入してください。)	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 10%;">(1) 行動能力</td> <td style="width: 90%;"> <input type="checkbox"/>①終日臥床 <input type="checkbox"/>②自宅、病棟内でのみ行動できる <input type="checkbox"/>③通院（単独歩行）できる </td> </tr> <tr> <td>(2) 食 事</td> <td> <input type="checkbox"/>①全く自用を弁じない <input type="checkbox"/>②他人の介助によってできる <input type="checkbox"/>③支障がない </td> </tr> <tr> <td>(3) 使 用</td> <td> <input type="checkbox"/>①全く自用を弁じない <input type="checkbox"/>②他人の介助によってできる <input type="checkbox"/>③支障がない </td> </tr> <tr> <td>(4) 精神能力</td> <td> <input type="checkbox"/>①常に他人の嚴重な注意を要する <input type="checkbox"/>②随時他人の注意を要する <input type="checkbox"/>③通院可能であるが就労できない </td> </tr> <tr> <td>(5) 言語能力</td> <td> <input type="checkbox"/>①完全な失語あるいは構音機能のそう失 <input type="checkbox"/>②他人との間でようやく意思が通じあうことができる <input type="checkbox"/>③支障がない </td> </tr> </table>			(1) 行動能力	<input type="checkbox"/> ①終日臥床 <input type="checkbox"/> ②自宅、病棟内でのみ行動できる <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 <input type="checkbox"/> ②他人の介助によってできる <input type="checkbox"/> ③支障がない	(3) 使 用	<input type="checkbox"/> ①全く自用を弁じない <input type="checkbox"/> ②他人の介助によってできる <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 <input type="checkbox"/> ②随時他人の注意を要する <input type="checkbox"/> ③通院可能であるが就労できない	(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 <input type="checkbox"/> ②他人との間でようやく意思が通じあうことができる <input type="checkbox"/> ③支障がない
(1) 行動能力	<input type="checkbox"/> ①終日臥床 <input type="checkbox"/> ②自宅、病棟内でのみ行動できる <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 <input type="checkbox"/> ②他人の介助によってできる <input type="checkbox"/> ③支障がない												
(3) 使 用	<input type="checkbox"/> ①全く自用を弁じない <input type="checkbox"/> ②他人の介助によってできる <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 <input type="checkbox"/> ②随時他人の注意を要する <input type="checkbox"/> ③通院可能であるが就労できない												
(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 <input type="checkbox"/> ②他人との間でようやく意思が通じあうことができる <input type="checkbox"/> ③支障がない												
以上のとおり診断します。 平成 年 月 日 <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30%;">病院又は 診療所の</td> <td style="width: 70%;">住 所 _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td>電 話 _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td>名 称 _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td>診療担当者の氏名 _____</td> </tr> </table> <div style="text-align: right; margin-top: 5px;">(記名押印又は署名)</div>				病院又は 診療所の	住 所 _____		電 話 _____		名 称 _____		診療担当者の氏名 _____		
病院又は 診療所の	住 所 _____												
	電 話 _____												
	名 称 _____												
	診療担当者の氏名 _____												

(物品番号 62931)

診鍼様式第1号

診鍼様式第1号

(病院等控)

労働者災害補償保険 はり・きゅう診断書				
氏名	(男・女)	生年月日	明治 大正 昭和 令和	年 月 日
傷病名及び 傷病部位		負傷又は発病年月日	初診年月日	
		年 月 日	年 月 日	
支給対象区分	① はり・きゅうのみ ② 一般医療とはり・きゅう			
症状 (主訴を含む)	(※支給対象区分欄の②に該当する場合は、施術効果の評価表を添付すること。)			
治療上の禁忌及び注意事項				
治療目的及び治療期間等	(※支給対象区分欄の②に該当する場合のみ記載すること。)			
<p>上記のとおり診断します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>病院又は 所 在 地 _____</p> <p>診療所の 名 称 _____</p> <p>診療担当者氏名 _____</p>				

注) 支給対象については区分欄の該当するものを○で囲むこと。

(物品番号 82511) 5.5

労働者災害補償保険 マッサージ診断書			
氏名	(男・女)	生年月日	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 明治 大正 昭和 令和 年 月 日 </div>
傷病名及び 傷病部位	負傷又は発病年月日		初診年月日
	年 月 日		年 月 日
症状 (主訴を含む)			
治療 目的			
<p>上記のとおり診断します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right; margin-top: 20px;"> 病院又は <u>所在地</u> _____ 診療所の <u>名称</u> _____ 診療担当者氏名 _____ </p>			