

第1章 労災薬剤費の請求手続き

第1 労災薬剤費の請求手続き

1 初回請求時の留意事項

(1) 受給資格の確認（様式第5号等）

健康保険その他の社会保険に加入する患者が薬局を訪れて私病に係る薬剤の給付を求めたときは、その薬局では、給付に先立って、その患者が薬剤の給付を受ける資格のある患者であるか否かについての確認をするために、被保険者証（健康保険の場合）や共済組合員証（国家公務員等共済組合などの場合）等の提示を求めますが、これと同じように、労災指定薬局が傷病労働者から薬剤の給付を求められたときは、

○その労働者が労災保険の適用を受ける事業場の労働者であること

○傷病が業務上の災害又は通勤災害によって生じたものであること

を確認をする必要があります。

このような確認を行うために傷病労働者から提出を求める書類が、「療養（補償）給付たる療養の給付請求書（様式第5号又は様式第16号の3）」（以下「様式第5号等」という。）です。

したがって、傷病労働者（又は所属事業場）は、業務上の事由又は通勤途上の事由によって負傷又は疾病に罹患し、労災指定薬局から薬剤の給付を受けようとする際には、「傷病の原因となった具体的な状況」等に対する事業主の証明をした様式第5号等を、薬剤の給付を受けた労災指定薬局を経由して所轄労働基準監督署長に提出しなければならないのです。

しかしながら、救急車で搬送された場合など緊急を要する場合には事前に提出させることが困難な場合もあり、様式第5号等の提出を待たずに薬剤の給付をしなければならない事もあります。そのような場合には、労災指定薬局としては、この様式第5号等の提出を受けて初めてその患者に対して労災薬剤費の給付を行えるか否かを判断できるわけですから、後刻できるだけ早い時期、少なくとも2～3日中位までにその提出を求める必要があります。また、これを傷病労働者に督促することが困難な場合には、その事業場の関係者に督促することも必要になります。

労災薬剤費の給付は、あくまで労災保険適用事業場の労働者の業務上又は通勤途上の傷病について行われるものですから、非適用事業場の労働者や適用事業場の労働者であってもその私傷病に対して薬剤の給付を行った場合の費用は、労災保険から支給されません。したがって、このような場合には、健康保険に請求するか、患者に直接費用請求をしなければならないことになります。

(2) アフターケアであるかどうかの確認

傷病労働者が、労災保険からの薬剤の給付を求めるとき、それがアフターケアによる場合があります。

アフターケアは、症状が固定した（治ゆ）後においても、後遺症状に動揺をきたしたり、後遺障害に付随する疾病を発症させるおそれがある患者に対して、必要に応じ予防その他保健上の措置を行う制度です。

労災薬剤費と請求方法が異なりますので、窓口において必ずアフターケアであるか否か（アフターケア手帳を持っているかどうか）を確認するようにして下さい。

(3) 後から「労災」であると申し出があった場合の対応

給付開始当時は「労災である」との申し出がないために健康保険等の扱いによって薬剤の給付を行っていたが、後から「実は労災だった」として様式第5号等を提出してくる場合があります。

この場合、当然労災に切り替える必要があるわけですが、初診日に遡って労災薬剤費として請求し直すのは、健康保険等に対し請求済みのレセプト返戻が完了してからとなります。

また、レセプトの返戻手続きが困難な場合等においては、中途から薬剤費の請求を労災保険に切り換えることもできますが、このような場合には、指定薬局は傷病労働者に対して十分な説明を行う必要があります。（途中から労災とした場合、健康保険等で扱った薬剤費は、後日、傷病労働者本人が健康保険等の保険者に対して療養の給付費を返納してから、所轄労働基準監督署に療養の費用請求の手続きを行うこととなります。）

(4) 転医及び傷病（補償）年金受給者（様式第6号等）

転 医

すでに、労災指定薬局から薬剤の給付を受けている傷病労働者が、帰郷等の理由で他の労災指定薬局に変更するときは、「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」（以下「様式第6号等」という。）を新たに薬剤の給付を受けようとする労災指定薬局を経由して、所轄労働基準監督署長へ提出しなければなりません。したがって、変更先の労災指定薬局は窓口において必ずこの届書の提出を受けることとなります。

ただし、以下に該当する場合は、様式第6号等ではなく、様式第5号等を労災指定薬局の窓口へ提出することになりますので留意して下さい。

(変更であっても様式第 5 号等を取り扱う必要がある場合)

- ・ 変更前が非指定薬局の場合
- ・ 変更前の薬局で自費又は健保扱いで、かつ、様式第 5 号の提出が困難なため労災扱いとしなかった場合
- ・ 自賠責保険又は健康保険からの切り替えの場合

傷病 (補償) 年金受給者

給付の対象となる傷病について療養の開始後 1 年 6 ヶ月を経過しても “ 治ゆ ” に至らず、身体障害の程度が省令で定める傷病等級に該当する場合には、所轄労働基準監督署長が傷病 (補償) 年金の受給者として移行手続きすることになっており、移行後の当該傷病労働者に係る薬剤の給付は引き続き継続 (内訳書様式はに変更) されることになっています。

したがって、傷病 (補償) 年金へ切り換わることとなる傷病労働者については、受給資格の問題は生じませんが、傷病 (補償) 年金の受給権者が薬剤の 給付を受ける手続きとして、 と同様に様式第 6 号等 (年金証書番号を記入。)(P 16) を現に薬剤の給付を受けている労災指定薬局を経由して所轄労働基準監督署長に提出しなければなりません。

2 薬剤を処方するに当たっての留意事項

労災保険は、業務上の事由又は通勤の事由により被った負傷、疾病を対象に療養給付を行うことになっています。ここでいう、業務上の事由とは、業務が原因となった災害ということであり、業務と傷病等との間に一定の因果関係があることをいいます。

したがって、医師が処方箋を交付する場合、その薬剤の範囲は業務上の事由又は通勤の事由により被った負傷や疾病に対するものに限られるものであり、脳疾患の患者又は心臓疾患の患者などの特殊なケースを除き、通常外傷と関連がないと取り扱われる以下の例のような疾病 (症状) に対しての薬剤である場合、当該疾病の発症原因に労災事故との因果関係が認められなければ、労災薬剤費として請求があっても当然支払の対象とはなりません。

したがって、労災指定薬局の管理薬剤師は、漫然と医師が交付した処方箋どおりに薬剤を処方することなく、処方された薬剤が労災対象の傷病に対するものかについて疑義が生じた場合は、主治医に確認するなどして適切な薬剤の処方に努める必要があります。

なお、私病 (基礎疾患) に対して処方された薬剤費については、健康保険等に請求することとなります。

(例)

「高血圧症」・「高脂血症」・「糖尿病」・「逆流性食道炎」・「不整脈(の疑い)」
「心室細動(の疑い)」・「心筋梗塞(の疑い)」・「風邪」・「インフルエンザ」

3 薬剤費請求書の作成単位

請求書の作成単位は、「初回請求分」と「2回目以降の請求分」となります。

それぞれ一枚の請求書にまとめて作成し、一番上に請求書を、次に診療費内訳書の順でまとめて下さい。初回分の請求についても、2回目以降の請求分と同様に、県内及び他県の労働基準監督署分を一枚の請求書にまとめて作成して差し支えありません。

(1) 「初回請求分」となるレセプトについて（主な例）

- 受傷後、最初に薬剤の給付を受けた「指定薬局」の最初の月のレセプト
 - 非指定薬局等から変更してきた場合の最初の月のレセプト
 - 一旦治癒となった傷病が再発した場合の最初の月のレセプト
- 全て様式5号等の添付が必要です。

(2) 「2回目以降の請求分」となるレセプトは次のとおりです。

- 初診の月の翌月以降のレセプト
 - 他の「指定薬局」から変更してきた場合のレセプト
 - 傷病（補償）年金の支給決定を受けた者に係るレセプト
- 、 については様式6号等の添付が必要です。

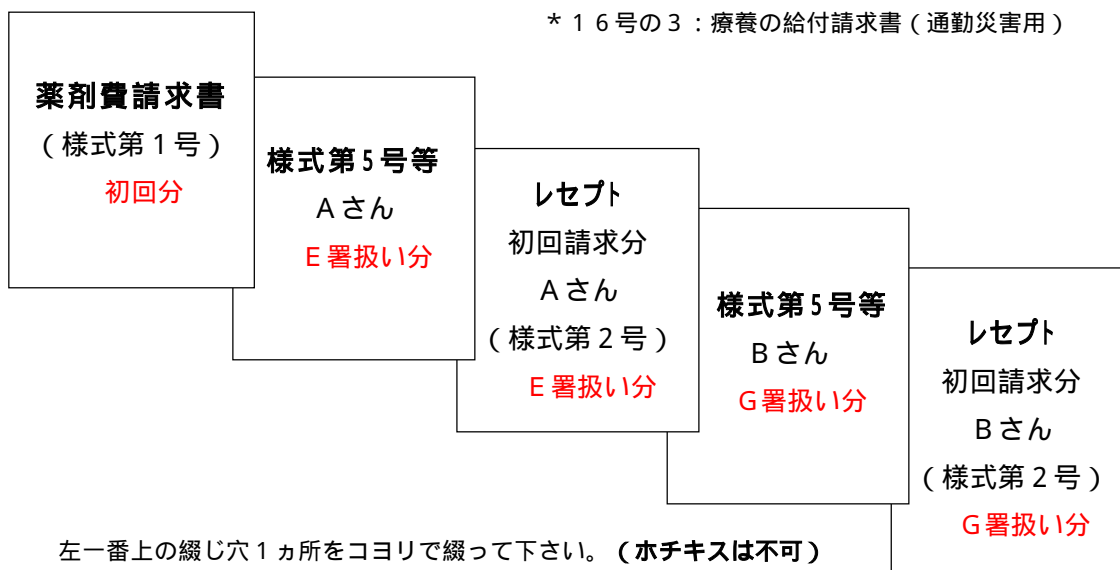
(3) 請求書編さん例

注1 薬剤費請求書、レセプト等は一括してOCR帳票のつじ穴を利用して「コヨリ」等で1～2ヶ所を軽くとめて下さい。

初回分（監督署毎に分けることなく、初回分のみを編綴する。）

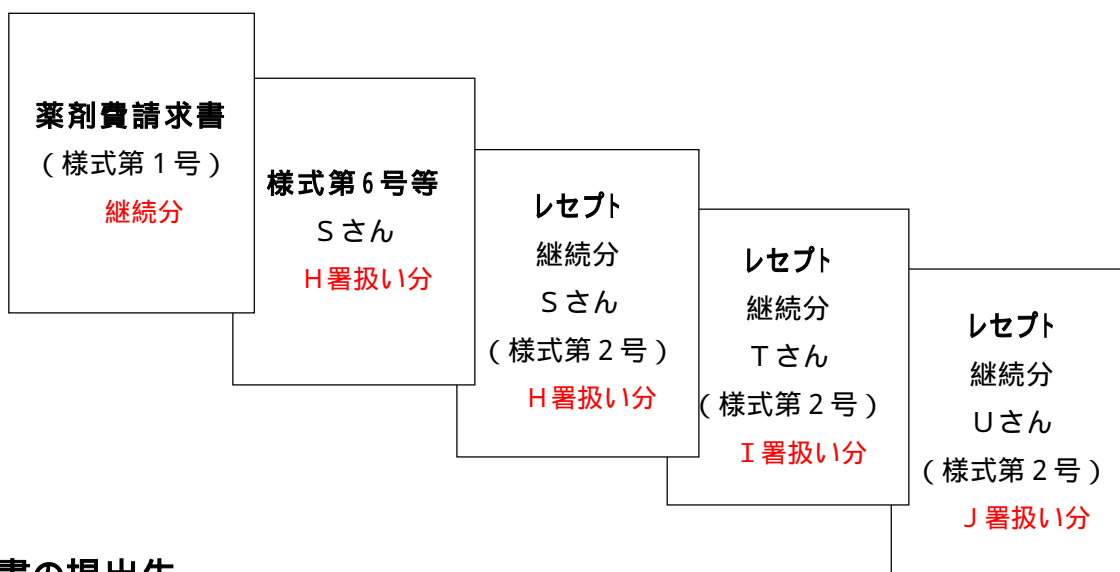
* 5号 : 療養の給付請求書（業務災害用）

* 16号の3 : 療養の給付請求書（通勤災害用）



左一番上の綴じ穴1ヶ所をコヨリで綴って下さい。（ホチキスは不可）

継続分（監督署毎に分けることなく、継続分のみを編綴する。）



4 請求書の提出先

〒 983 - 0852

仙台市宮城野区榴岡4丁目5 - 22
宮城野センタービル 7階

宮城労働局 労働基準部 労災補償課分室

(注) 他局管内の患者に係るレセプトであっても、指定医療機関の所在地を管轄する都道府県労働局へ提出することとなりますので、宮城労働局労働基準部労災補償課分室あて提出して下さい。

5 請求書の提出期限

(1) 請求書の提出期限

診療月の翌月10日まで提出して下さい。(提出期限厳守)

(2) 10日が土、日曜日の場合

翌月曜日の午前中まで。

翌月曜日が祝祭日の場合は、その翌日(火曜日)の午前中までに提出して下さい。

6 労災薬剤費の支払い

翌月の15日前後に厚生労働省から直接支払われることになります。

機械入力の結果「エラー」となったものや、管轄監督署又は管轄労働局において、調査・その他の理由により「保留扱い」となったレセプトについては、調査完了後に支払われることとなります。

また、労災診療費や労災薬剤費に係る支給決定については、災害発生状況とレセプト記載の傷病名

等との整合性を確認する必要があるため、原則として労災指定医療機関を經由して提出される様式第5号等によって行われることになっています。したがって、労災指定医療機関から様式第5号等が提出されない間は、労災薬剤費の支払は保留されることとなります。

7 請求権の時効

薬剤費請求権の消滅時効は、債権者たる指定薬局が当該請求権を行使できることを知っていることが通常と考えられることから、指定薬局が当該請求権を行使できることを知らなかったと考えられる特段の事情がない限り、民法第166条第1項の規定によって、投薬日の属する月の翌月1日から起算して5年を経過した薬剤費については、請求権を失うこととなります。

ただし、改正民法の施行日(令和2年4月1日)より前に発生した薬剤費の請求権については、投薬日の属する月の翌月の初日から起算して3年を経過した場合に失うこととなります。(民法旧第170条第1号)

第2 薬剤費請求書及びレセプトの記載要領

1 薬剤費請求書及びレセプト(OCR帳票)の取扱い

(1) OCR帳票の取扱い

- イ) OCR帳票は、直射日光や湿気の多いところを避けて保存して下さい。
- ロ) OCR帳票は、破れたものや汚れたものは使用しないで下さい。
また、郵送等の際は「折曲厳禁」をお願いします。
- ハ) OCR帳票には、別紙などの「貼り付け」はしないようにし、明細書等をコンピューター処理している場合や、レセプトに記入しきれないときは、「**続紙**」を使用して頂いて構いません。
なお、「**続紙**」を使用する場合には、必ず余白に「指定薬局の番号」・「労働者の氏名」及び「労働保険番号」又は「年金証書の番号」を記入して下さい。
- ニ) 請求書とレセプトをまとめてとじ込む場合は、「とじ穴」を利用してコヨリ等で1~2ヶ所できるとし、OCR帳票には穴を開けないで下さい。

(2) OCR帳票の記入上の注意事項

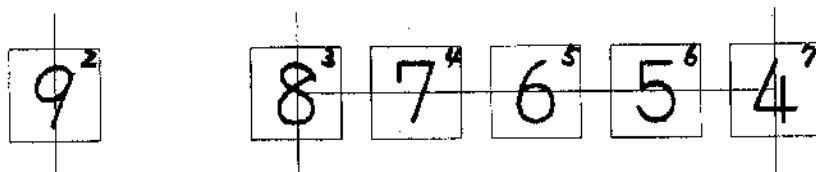
- イ) 筆記用具は、「にじみ」「カスレ」等のない「黒のボールペン」又は「黒の細字用サインペン」を使用して下さい。
- ロ) 数字は、次のような「**標準字体**」にならって、記入枠の中に大きめに書いて下さい。
ただし、記入枠からはみ出したり、小さ過ぎないように注意して下さい。

(例1) 記号 数字 ...特徴点 ...空ける部分

¥ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

ハ) 記入した数字を訂正するときは、次のように枠の上下を少しはみ出すように縦に線を引き、枠内の右上隅に正しい数字を次頁の例2のように訂正して下さい。なお、複数以上の数字を訂正するときは、以下の例3のように訂正して下さい。

(例2 1字の場合) (例3 複数数字の場合)



また、記入すべきでなかったところの記入枠へ記入したとき（空欄とすべきもの）は、(例2)の訂正に更に横線を引いて抹消して下さい。

なお、修正液等を用いての訂正や二重書きは絶対しないで下さい。

ニ) 数字のゴム印を使用する場合は、「標準字体のゴム印」を使用し、必ず黒インクを使用して下さい。

ホ) 「0」を省略しないで記入して下さい。

(例)

県府	所轄	管轄	基幹番号	枝番号
04	1	01	000246	000

2 薬剤費請求書 (指薬機様式第1号) の記載要領

- (1) 指定されたOCR様式以外で請求書を作成することは出来ません。
- (2) 「 」印のある項目 (修正項目番号、 受付年月日、修正欄) は記入しないで下さい。
- (3) 「 指定薬局の番号」 は、必ず8桁で正確に記入して下さい。なお、ゴム印等を使用し押捺するときは、標準字体のものを枠からはみ出さないよう、また、黒インクで鮮明に押して下さい。
- (4) 「 請求金額」欄は、「レセプト」(指薬機様式第2号、指薬機様式第3号(長期用)以下「レセプト」といいます。)の「合計額」(長期用レセプトは「合計額」)の合算額を記入し、請求金額の頭に必ず¥マークを入れて下さい。
なお、「請求金額」の訂正はできませんので、記入誤りの場合は改めて作成して下さい。
- (5) 「 内訳書添付枚数」 は、レセプトの枚数を記入して下さい。ただし、レセプト以外の「給付請求書」「続紙」等の枚数を含めないで下さい。なお、添付枚数が一致しないときは、(3)同様支払に支障を来すこととなりますので十分注意して下さい。
- (6) 「 請求年」「 請求月」 は、添付するレセプトのうち、最新の投薬年・月を記入して下さい。
- (7) 「郵便番号」「電話番号」も必ず記入して下さい。
- (8) 請求人(病院又は診療所)の住所(所在地)・名称・責任者氏名については、既に報告されている内容と相違することのないよう注意して下さい。
- (9) 提出先の「 労働局長」は 宮城 と記入して下さい。「(署分)」の記入は省略して差し支えありません。

指薬機様式第1号の記載例 - 1

■ 指薬機様式第1号

労働者災害補償保険薬剤費請求書

① 指定薬局の番号 (044.....) を誤りの無いように記入。
廃止・取消しとなった番号は、絶対に記入しないこと。

② 請求金額
¥ 78760

③ 内訳書添付枚数
11

④ 請求年
906 年

⑤ 請求月
07 月

「請求金額」欄の訂正は、出来ない。

「請求年」「請求月」は、添付するレセプトのうち、最新の投薬年・月を記入。

ほか 10 名に対する薬剤費の内訳は、別紙内訳書のとおり。
上記の金額を請求します。

郵便番号 983-8585

住 所 (所在地) 仙台市宮城野区鉄砲町1-11

請求人の (指定薬局) 名 称 てっぼう町調剤薬局

開設者氏名 代表取締役

宮 城 労 働 局 長 殿
(仙 台) 署 分

電話番号 022 - 299 - 8833

受付印

(物品番号 72224) 4.5

3 レセプト(指薬機様式第2号、第3号)の共通的記載要領

(1) レセプト(指薬機様式第2号、3号)の項目別記載要領及び留意点

イ 項目別記載要領及び留意点

項目番号	項目	記載要領
	労働保険番号 (指薬機様式第2号)	被災労働者の所属する事業場の労働保険番号を「様式5号等」又は「様式6号等」により確認する。また、記録にも記載しておいて下さい。
	年金証書の番号 (指薬機様式第3号)	被災労働者の傷病(補償)年金の番号を「様式6号等」又は「年金証書」により確認する。また、記録にも記載しておいて下さい。
	生年月日	被災労働者の生年月日は、必ず本人確認して下さい。 元号は 1 明治 3 大正 5 昭和 7 平成 9 令和 のコードを記入します。 西暦ではなく、和暦ですので注意して下さい。
	負傷又は 発症年月日	被災労働者の負傷又は発症年月日を記入して下さい。 再発の場合は、当初の負傷又は発症年月日を記入して下さい。 西暦ではなく、和暦ですので注意して下さい。
	投薬期間	「投薬期間」の欄には、請求に係る投薬の始め年月日から投薬の終わり年月日を記入します。
	合計額	「合計額」の欄には、請求に係る薬剤費の金額を記入します。 単価は健保と同じ10円です。 請求書には¥マークを記入しますが、内訳書(レセプト)の「合計額」には¥マークを入れないで下さい。
	労働者の氏名	誤りのないよう記入して下さい。 ()内には調剤月における満年齢を記入して下さい。
	事業の名称	様式第5号又は様式第6号等から、間違いのないよう記入して下さい。
	事業場の所在地	
	病院又は診療所の 名称・所在地	誤りのないよう記入して下さい。
	担当医氏名	誤りのないよう記入して下さい。

(2) その他の留意点

様式

所定の様式(指薬機様式第2号、3号)以外で請求することは出来ません。
ただし、所定の様式に別紙を添付することは差し支えありません。

基本的な取扱い

原則として健保準拠。

単価

1点10円。

調剤技術料の時間外加算

時間外加算を算定する場合は、摘要欄に「受付時間」を記入すること。
概ね午前8時前と午後6時以降。土曜日は午前8時前と正午以降。

調剤薬剤

業務上又は通勤上の傷病と関連のない

「高血圧症」・「高脂血症」・「糖尿病」・「逆流性食道炎」・「不整脈(の疑い)」

「心室細動(の疑い)」・「心筋梗塞(の疑い)」・「風邪」・「インフルエンザ」

などの病気(症状)に対する薬剤は、労災薬剤費として請求しないこと。

指薬機様式第2号の記載例 - 1

04478901		てっぼう町薬局	
34730			
04101055123000		西暦ではなく、和暦での記入。	
5550505		9060707	
9060707		9060707	
2000		¥は記入しない。	
労働者の氏名	てっぼう町クリニック		
事業の名称	株式会社	所在地	仙台市宮城野区鉄砲町22
事業場の所在地	宮城 仙台	担当医氏名	
医師番号	処方月日	調剤月日	処方
1	7・7	7・7	処方
医薬品名・規格・用量・剤型・用法		単位調剤料(点)	数量
ロキソプロフェン Na テープ		72	1
10 cm x 14 cm 42枚			
1日用量：3枚			
外用 1日1回 右肩に貼付			
調剤管理料(点)		薬剤料(点)	加算料(点)
10		72	
4			
受付回数	摘要	時間外加算を算定する場合、摘要欄に「受付時間」を記載すること。	
1	回		
請求(点)	調剤基本料(点)	時間外等加算(点)	指導料(点)
200	基A後A 66		(医情A)1(薬A)1 48

指薬機様式第2号の記載例 - 2 (内訳を別紙に記載する場合)

指薬機様式第2号 (内訳)		指薬機番号 0 4 4 7 8 9 0 1	薬局 てっぼう町薬局
処方番号 3 4 7 3 0		処方年月日 0 4 1 0 1 0 5 5 1 2 3 0 0 0 5 5 5 0 5 0 5 1 9 0 7 0 7 9 0 6 0 7 0 7 - 9 0 6 0 7 0 7 7 2 2 0	
労働者の氏名 () () 歳	病院又は 診療所の 名称 てっぼう町クリニック	所在地 仙台市宮城野区鉄砲町 2 2	
事業の名称 株式会社	事業場の所在地 宮 城 仙 台	担当医 氏名 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.	
医師 番号 処方月日 調剤月日	処方 薬品名・規格・用量・剤型・用法	調剤 数量 単位調剤料(点)	調剤報酬点数 薬剤調製料 調剤管理料(点)
内訳別紙のとおり		薬剤料(点)	加算料(点)
処方回数 4 回	摘要		
請求 722	調剤基本料(点)	時間外等加算(点)	指導料(点)


内訳を別紙に記載する場合、
このように表示する。

指薬機様式第3号の記載例 - 1

		指定薬局の番号 04478901		薬局名 てっぼう町薬局	
傷病補償の傷病番号 34731		傷病補償の傷病番号 04 | 009999			
<p>傷病（補償）年金の番号を記入する。 年金番号の変更の有無を、定期的に年金証書から確認する。</p>					
労働者の氏名 明・天・昭・平・令 年 月 日生(歳)		病院又は診療所の所在地		傷病補償の傷病番号 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.	
事業の名称		事業場の所在地 都道府県 郡区市		担当医氏名	
薬剤番号	処方月日	調剤月日	処方	調剤	調剤報酬点数
			医薬品名・規格・用量・剤型・用法	数量	調剤調製料 調剤管理料(点)
					薬剤料(点) 加算料(点)
受付回数	摘要				
請求 (点)	調剤基本料 (点)	時間外等加算 (点)	指導料 (点)		

(物品番号 72226) 5.5

(様式第5号) 療養補償給付たる療養の給付請求書

<p>様式第5号(表面) 労働者災害補償保険 療養補償給付 複数事業労働者 療養給付たる療養の給付請求書</p>	<p>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。</p>	<p>標準字体</p> <table border="1" style="font-family: monospace; font-size: 1em;"> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>°</td><td>ー</td></tr> <tr><td>アイウエオカキクケコ</td><td>サシスセソ</td><td>タチツテト</td><td>ナニ</td><td>ヌ</td><td>ネノ</td><td>ハヒフヘホ</td><td>マミムメモ</td><td>ヤユヨ</td><td>ラリルレロ</td><td>ワ</td><td>ン</td></tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	°	ー	アイウエオカキクケコ	サシスセソ	タチツテト	ナニ	ヌ	ネノ	ハヒフヘホ	マミムメモ	ヤユヨ	ラリルレロ	ワ	ン
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	°	ー															
アイウエオカキクケコ	サシスセソ	タチツテト	ナニ	ヌ	ネノ	ハヒフヘホ	マミムメモ	ヤユヨ	ラリルレロ	ワ	ン															
<p>※ 収票種別 ①労働局署 ②業道別 ③保留 ④処理区分 ④受付年月日</p> <p>34590 1 1 1 ※ 1 1 1 1 1 1 1</p>																										
<p>⑤労働保険番号</p> <p>⑧性別 (男/女) ⑩労働者の生年月日 ⑪負傷又は発病年月日</p> <p>⑫労働者の氏名 (フリガナ)</p> <p>⑬住所</p> <p>⑭職種</p>	<p>⑥就業 ⑦支給・不支給決定年月日</p> <p>⑧請求 ⑩再発年月日</p> <p>⑮罹災 ⑯三者 ⑰特災 ⑱特別加入者</p> <p>⑳傷病性質(業)</p> <p>㉑負傷又は発病の時刻 ㉒災害発生の事実を確証した者の職名、氏名</p>	<p>※印の欄は記入しないでください。(職員が記入します)</p>																								
<p>⑭災害の原因及び発生状況 (あ) どのような場所(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た(お) どのような災害が発生したか(か) ⑩と初診日が異なる場合はその理由を詳細に記入すること</p>																										
<p>⑳指定病院等の名称 所在地 電話 () -</p> <p>㉑傷部の部位及び状態</p> <p>㉒の者については、⑩、⑪及び⑬に記載したとおりであることを証明します。 年 月 日</p> <p>事業の名称 電話 () -</p> <p>事業場の所在地 〒 -</p> <p>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)</p> <p>労働者の所属事業場の名称・所在地 電話 () -</p> <p>(注意) 1 労働者の所属事業場の名称・所在地については、労働者が直接所属する事業場が一括適用の取扱いを受けている場合に、労働者が直接所属する支店、工事現場等を記載してください。 2 派遣労働者について、療養補償給付又は複数事業労働者療養給付のみの請求がなされる場合にあっては、派遣先事業主は、派遣元事業主が証明する事項の記載内容が事実と相違ない旨裏面に記載してください。</p>																										
<p>上記により療養補償給付又は複数事業労働者療養給付たる療養の給付を請求します。 年 月 日</p> <p>労働基準監督署長 殿 〒 - 電話 () -</p> <p>病診院 所 経由 請求人の 住所 (方) 氏名</p>																										
	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>署長</td> <td>副署長</td> <td>課長</td> <td>係長</td> <td>係</td> <td>決定年月日</td> <td>・</td> <td>・</td> </tr> <tr> <td>調査年月日</td> <td>・</td> <td>・</td> <td>・</td> <td>・</td> <td rowspan="2" style="writing-mode: vertical-rl;">不支給の理由</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>復命書番号</td> <td>第 号</td> <td>第 号</td> <td>第 号</td> <td>第 号</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>	署長	副署長	課長	係長	係	決定年月日	・	・	調査年月日	・	・	・	・	不支給の理由			復命書番号	第 号	第 号	第 号	第 号			<p>(この欄は記入しないでください)</p>	
署長	副署長	課長	係長	係	決定年月日	・	・																			
調査年月日	・	・	・	・	不支給の理由																					
復命書番号	第 号	第 号	第 号	第 号																						

(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

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 所 由 診 療 所 局 経 由 薬 局 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(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		
府県	所掌	管轄	基幹番号	枝番号			生年月日	年 月 日 (歳)	年 月 日
.....	.....	.....	.....	.....	労働者の 住 所	.....	.....	午 前 後 時 分 頃
.....					職 種
② 年金証書の番号									
管轄局	種別	西暦年	番 号						
.....						
⑤ 災害の原因及び発生状況 (あ)どのような場所(い)どのような作業をしているときに(う)どのような物又は環境に(え)どのような不安全な又は有害な状態が(お)どのような災害が発生したかを簡明に記載すること。									
.....									
.....									
.....									
⑥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。									
年 月 日			事業の名称 _____						
			〒 _____ 電話() _____						
			事業場の所在地 _____						
			事業主の氏名 _____						
(法人その他の団体であるときはその名称及び代表者の氏名)									
⑥ 指定病院等の変更	変更前の	名称	..... ( 労災指定医番号)					
		所在地	〒 _____						
	変更後の	名称	.....					
		所在地	〒 _____						
	変更理由								
.....									
.....									
⑦	療養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									
.....									