

労 災 保 険

指定訪問看護事業者の手引

(令和4年版)

長崎労働局労働基準部労災補償課

目 次

第 1 労災保険制度	1
1 労災保険制度の概要	1
(1) 労災保険の目的.....	1
(2) 労災保険の対象.....	1
(3) 労災保険給付の種類.....	1
(4) 保険給付の請求手続.....	3
(5) 治ゆ(症状固定)と再発.....	4
(6) 社会復帰促進等事業.....	5
第 2 労災医療の事務取扱	6
1 労災保険指定訪問看護事業者	6
(1) 指定訪問看護事業者の制度.....	6
(2) 労災保険指定訪問看護事業者療養担当契約事項.....	6
(3) 訪問看護の対象者.....	6
(4) 受給資格の確認.....	6
(5) 療養担当方針.....	7
(6) 労働災害に対する健康保険の使用.....	7
(7) 交通事故などの第三者行為災害による保険請求.....	8
(8) 名称、住所、振込先等の変更手続.....	8
(9) 廃止、休止、再開の手続.....	8
2 レセプトの作成・提出	9
(1) 請求書の分類.....	9
(2) 請求書の作成単位.....	9
(3) 請求書の提出先・提出期限.....	11
(4) 請求書、レセプト用紙の入手方法.....	11
(5) レセプト等の記入時の留意点（共通事項）.....	11
(6) 審査・支払・保留.....	21
(7) 訪問看護費用請求権の時効.....	21
(8) 関係連絡先.....	21
第 3 資料	23
(各種パンフレットの入手方法).....	23
1 労災保険指定訪問看護事業者療養担当契約事項	24
2 届出関係様式	27
3 保険給付請求書様式（主要なもののみ）	32

第 1 労災保険制度

1 労災保険制度の概要

(1) 労災保険の目的

労働者災害補償保険(労災保険)は、業務上の事由又は通勤による労働者の負傷、疾病、障害、死亡等に対して迅速かつ公正な保護をするため、必要な保険給付を行い、あわせて、業務上の事由又は通勤により負傷し、又は疾病にかかった労働者の社会復帰の促進、当該労働者及びその遺族の援護、労働者の安全及び衛生の確保等を図り、労働者の福祉の増進に寄与することを目的としています。

(2) 労災保険の対象

労災保険の対象となるのは、労働者の業務上の事由による負傷、疾病、障害又は死亡(業務災害)及び労働者の通勤による負傷、疾病、障害又は死亡(通勤災害)です。

業務災害又は通勤災害に該当するか否かは、労働者(死亡の場合はその遺族等)から提出された請求書に基づき、事業場の所在地を管轄する**労働基準監督署長**(以下「所管労働基準監督署長」といいます。)が決定します。

なお、請求書だけで判断できない場合は、必要な調査が行われます。

業務災害及び通勤災害の考え方については、**パンフレット**「**労災保険給付の概要**」を参照してください。

(3) 労災保険給付の種類

業務災害に関する保険給付には、療養補償給付、休業補償給付、障害補償給付、遺族補償給付、葬祭料、傷病補償年金、介護補償給付が、**通勤災害に関する保険給付**には、療養給付、休業給付、障害給付、遺族給付、葬祭給付、傷病年金、介護給付があります。

業務災害の保険給付には、「補償」という文字が入っており、通勤災害の保険給付には入っていません。また、葬祭に関する保険給付のみ、業務災害では「葬祭料」、通勤災害では「葬祭給付」といいます。

その他、業務災害及び通勤災害に関しない保険給付として、二次健康診断等給付(※船員は対象外)があります。

それぞれの保険給付の内容については、**パンフレット**「**労災保険給付の概要**」にある「**労災保険給付等一覧**」を参照してください。

ア 療養(補償)給付

(※「療養(補償)給付」は、業務災害の「療養補償給付」と通勤災害の「療養給付」を合わせた表記です。以下同様です。)

労働者が、業務又は通勤が原因で負傷したり、病気にかかって療養を必要とするとき、療養補償給付(業務災害の場合)又は療養給付(通勤災害の場合)が支給されます。

療養(補償)給付には、「療養の給付」と「療養の費用の支給」とがあります。

「療養の給付」は、労災病院や指定医療機関・薬局・訪問看護事業者

(以下「指定医療機関等」といいます。)で、無料で治療・薬剤・訪問看護の支給を受けられます(これを**現物給付**といいます。)

「療養の費用の支給」は、近くに指定医療機関等がないなどの理由で、指定医療機関等以外の医療機関や薬局等で療養を受けた場合に、その療養にかかった費用を支給する**現金給付**です。

給付の対象となる療養の範囲や期間はどちらも同じです。療養(補償)給付は、治療費、入院料、移送費など通常療養のために必要なものが含まれ、傷病が**治ゆ(症状固定)するまで**行われます。

治療用装具(※業者から購入した場合)や通院費(※一定の支給要件があります。)については、現物給付ができないため現金給付となります。

詳しいことについては、**パンフレット**「**療養(補償)給付の請求手続**」を参照してください。

イ 休業(補償)給付

労働者が、①業務上の事由又は通勤による負傷や疾病による療養のため、②労働することができないため、③賃金を受けていない、という**3要件を満たす場合**に、その**第4日目**から、休業補償給付(業務災害の場合)又は休業給付(通勤災害の場合)と休業特別支給金が支給されます。

詳しいことについては、**パンフレット**「**休業(補償)給付 傷病(補償)年金の請求手続**」を参照してください。

ウ 障害(補償)給付

業務又は通勤が原因となった負傷や疾病が治ったとき、身体に一定の障害が残った場合には、障害補償給付(業務災害の場合)又は障害給付(通勤災害の場合)が支給されます。

詳しいことについては、**パンフレット**「**障害(補償)給付の請求手続**」を参照してください。

エ 遺族(補償)給付

業務又は通勤が原因で亡くなった労働者の遺族に対し、遺族補償給付(業務災害の場合)又は遺族給付(通勤災害の場合)が支給されます。

遺族(補償)給付には、遺族(補償)**年金**と遺族(補償)**一時金**の2種類があります。

詳しいことについては、**パンフレット**「**遺族(補償)給付 葬祭料(葬祭給付)の請求手続**」を参照してください。

オ 葬祭料・葬祭給付

業務又は通勤が原因で亡くなった労働者の葬祭を行った遺族などに対して、葬祭料(業務災害の場合)又は葬祭給付(通勤災害の場合)が支給されます。

詳しいことについては、**パンフレット**「**遺族(補償)給付 葬祭料(葬祭給付)の請求手続**」を参照してください。

カ 傷病(補償)年金

業務又は通勤が原因となった負傷や疾病の療養開始後1年6か月を経過した日又はその日以後、要件に該当するとき、傷病補償年金(業務

災害の場合)又は傷病年金(通勤災害の場合)が支給されます。

傷病等級に応じて、傷病(補償)年金、傷病特別支給金、傷病特別年金が支給されます。

詳しいことについては、**パンフレット**「休業(補償)給付 傷病(補償)年金の請求手続」を参照してください。

キ 介護(補償)給付

障害(補償)年金又は傷病(補償)年金の受給者のうち障害等級・傷病等級が第1級の方すべてと第2級の「精神神経・胸腹部臓器の障害」を有している方が現に介護を受けている場合、介護補償給付(業務災害の場合)又は介護給付(通勤災害の場合)が支給されます。

詳しいことについては、**パンフレット**「介護(補償)給付の請求手続」を参照してください。

ク 二次健康診断等給付

労働安全衛生法に基づいて行われる定期健康診断等のうち、直近のもの(一次健康診断)において、脳・心臓疾患に関連する一定の項目に異常の所見がある場合に、二次健康診断等給付が受けられます。

詳しいことについては、**パンフレット**「二次健康診断等給付の請求手続」を参照してください。

(4) 保険給付の請求手続

保険給付を受けるためには、被災労働者又はその遺族等が所定の**保険給付請求書**に必要事項を記入して、所轄労働基準監督署長(二次健康診断等給付については、事業場の所在地を管轄する都道府県労働局長(以下、「所轄労働局長」といいます。))に**提出することが必要**です。病院・薬局等を経て所轄労働基準監督署長(所轄労働局長)に提出する場合は、提出先は病院・薬局等になります。

なお、「傷病(補償)年金」については、所轄労働基準監督署長の職権によって行われますので、保険給付請求書はありませんが、療養開始後1年6か月を経過しても傷病が治っていないときは、その後1か月以内に「傷病の状態に関する届」(様式16号の2)を所轄労働基準監督署長に提出しなければなりません。また、療養開始後1年6か月を経過しても傷病(補償)年金の支給要件を満たしていない場合は、毎年1月分の休業(補償)給付を請求する際に、「傷病の状態等に関する報告書」(様式16号の11)を併せて提出しなければなりません。

各種保険給付請求書の名称・様式と提出先は次の表のとおりです。

保険給付請求書の様式名と提出先

給付の種類	請求書の名称・様式	提出先
療養（補償）給付	療養補償給付たる療養の給付請求書(5号) 療養給付たる療養の給付請求書(16号の3)	病院・診療所・ 薬局・訪問看護 事業者 （を経て 所轄労働基準 監督署長）
	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(6号) 療養給付たる療養の給付を受ける指定病院等(変更)届(16号の4)	
	療養補償給付たる療養の費用請求書(7号) 療養給付たる療養の給付請求書(16号の5)	所轄労働基準 監督署長
休業（補償）給付	休業補償給付支給請求書(8号) 休業給付支給請求書(16号の6)	
障害（補償）給付	障害補償給付支給請求書(10号) 障害給付支給請求書(16号の7)	
遺族（補償）給付	遺族補償年金支給請求書(12号) 遺族年金支給請求書(16号の8)	
	遺族補償一時金支給請求書(15号) 遺族一時金支給請求書(16号の9)	
	葬祭料・葬祭給付	
介護（補償）給付	介護補償給付・介護給付支給請求書 (16号の2の2)	
二次健康診断等給付	二次健康診断等給付請求書(16号の10の2)	病院 （を経て所 轄労働局長）

※「療養（補償）給付」の欄にある「6号」及び「16号の4」は請求書ではなく、「指定病院等(変更)届」になります。

(5) 治ゆ（症状固定）と再発

ア 治ゆ（症状固定）

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を行っても、その**医療効果が期待できなくなった状態**をいいます。

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、治ゆ(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。

イ 再発

傷病がいったん症状固定と認められた後に再び発症し、次のいずれの要件も満たす場合には「再発」として再び療養(補償)給付を受けることができます。

- ① その症状の悪化が、当初の業務上又は通勤による傷病と**相当因果関係がある**と認められること
- ② 症状固定の時の状態からみて、明らかに**症状が悪化**していること

と

- ③ 療養を行えば、その症状の**改善が期待できる**と医学的に認められること

治ゆ(症状固定)及び再発の詳しいことについては、**パンフレット**「**労災保険における傷病が『治ったとき』とは・・・**」を参照してください。

(6) **社会復帰促進等事業**

労災保険では、(3)に掲げた保険給付の他に、被災労働者の円滑な社会復帰の促進や遺族を含めた援護などを図るために、社会復帰促進等事業を実施しています。

(詳しいことについては**パンフレット**「**障害(補償)給付の請求手続**」を参照してください。)

● 特別支給金

(**パンフレット**「**労災保険給付の概要**」を参照してください。)

● 外科後処置

障害(補償)給付の支給を受けた方で、労災病院又は指定された病院において、義肢装着のための再手術、瘢痕の軽減など、傷病が治ゆ(症状固定)した後に行う処置・診療を自己負担なしで受けることができます。

● 労災はり・きゅう施術

頭頸部外傷症候群等にかかり、障害(補償)給付を受けた方又は受けると見込まれる方で、はり・きゅう施術を必要とする方に対して、1年以内の期間、1月に5回を限度としてはり・きゅう施術を受けることができます。

● 休業補償特別援護金

事業場の廃止又は事業主の行方不明後に疾病の発生が確定した場合などで、待期期間(3日間)の休業補償を受けられない場合に支給します。

第2 労災医療の事務取扱

1 労災保険指定訪問看護事業者

(1) 指定訪問看護事業者の制度

労災保険においては、被災労働者に対して必要な保険給付を行い、かつ、早期の社会復帰の促進等を図ることを目的としています。

そこで、訪問看護事業者と訪問看護事業者の所在地を管轄する都道府県労働局（以下「管轄労働局」といいます。）との間で指定契約を結び、個々の労働者に訪問看護費用を直接負担させることなく、訪問看護事業者において現物給付を行い、その費用を管轄労働局へ請求する方法をとっています。

なお、訪問看護費用の算定については、「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法」（平成20年厚生労働省告示第67号）の別表「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法」により行うことになっています。

(2) 労災保険指定訪問看護事業者療養担当契約事項

労災保険指定訪問看護事業者（以下「指定訪問看護事業者」といいます。）にかかる指定契約については、具体的には、管轄労働局長と指定訪問看護事業者との間で、「労災保険指定訪問看護事業者療養担当契約事項」により、指定訪問看護事業者の任務を始めとして、訪問看護費の算定方法及びその請求方法等の必要な事項が定められています。

「労災保険指定訪問看護事業者療養担当契約事項」については、24～26ページを参照してください。

(3) 訪問看護の対象者

訪問看護の対象となる方は、業務上の事由又は通勤による傷病により療養中のものであって、重度のせき髄・頸髄損傷患者又はじん肺患者等、病状が安定又はこれに準ずる状態にあり、かつ、居宅において保健師、看護師、准看護師、理学療法士及び作業療法士が行う療養上の世話及び必要な診療の補助を要する方です。また、診療を担当した医師が訪問看護を必要と認め、訪問看護事業者に対し指示していることが必要となります。

(4) 受給資格の確認

労働者が、労災保険での訪問看護の給付を求めてきたとき、指定訪問看護事業者として、労災保険の対象となる**労働者**かどうか、また、**業務災害**や**通勤災害**かどうかの確認をしていただく必要があります。

そのため、労働者に提出を求める書類は、「療養(補償)給付たる療養の給付請求書」や「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」になります。(業務災害用と通労災害用とでは様式が異なります。)

ア 初めての訪問看護の場合

「療養(補償)給付たる療養の給付請求書」(様式第5号、様式第16号の3)(32～33ページ、37～38ページ参照)

労働者にとって、初めての指定訪問看護事業者のときに持参させてください。以前の訪問看護事業者が労災保険の非指定訪問看護事業者の場合

合も必要になります。また、緊急やむを得ない事由によって提出を求めることが困難な場合には、その事由がやんだ後、できるだけ早い時期に提出を求めてください。督促しても提出がない場合は、労働基準監督署又は労働局に連絡してください。

イ 労災指定されている他の指定訪問看護事業者からの変更の場合
「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)(34ページ参照)

指定訪問看護事業者から別の指定訪問看護事業者への変更の場合、「指定病院等(変更)届」が必要となります。

ウ 傷病(補償)年金受給者に移行した場合
前記イの「指定病院等(変更)届」

療養の開始後1年6か月を経過しても傷病が治ゆせず、障害の程度が定められた傷病等級に該当する場合は、労働基準監督署が傷病(補償)年金の決定を行います。**傷病(補償)年金の決定**が行われた場合、変更後の第1回目の訪問看護費用請求内訳書に変更届(前記イの「指定病院等(変更)届」)を添付して請求しなければなりません。また、年金証書の確認を行う必要があります。

なお、それまで請求時に使用していた労働保険番号は、新たに振り出された**年金証書番号に変更**になるとともに、訪問看護費用請求内訳書も訪様式第9号(15、16ページ参照)から**訪様式第10号**(18、19ページ参照)**に変更**になります。

(5) 療養担当方針

訪問看護にあたっては、原則として次により行う必要があります。

ア 被災労働者の診療を担当した医師の指示により訪問看護を行うこと。

イ 指定訪問看護事業者は、被災労働者が**詐欺その他不正行為**により訪問看護を受け又は受けようとしたときは、**遅滞なくその旨を所轄労働局長を経由して所轄監督署長に通知すること。**

ウ 訪問看護ステーションごとに専ら訪問看護の職務に従事する管理者(保険師又は看護師で、訪問看護を行うために必要な知識及び技能を有する者)を置くこと。

エ 被災労働者ごとに訪問看護計画書及び訪問看護報告書を作成すること。

(6) 労働災害に対する健康保険の使用

明らかに業務災害や通勤災害に該当するような負傷について、健康保険を使用することはできません。労災保険を使用したことによって種々の不利益を被るのではないかという恐れから、労災保険を使用しないといったケースがあります。指定訪問看護事業者において明らかに業務災害や通勤災害に該当するような負傷と考えられる場合については、次の理由により、健康保険を使用しないよう指導をお願いします。

なお、**指導に応じないときは、労働基準監督署又は労働局へ連絡**してください。

ア 事業場は、労働安全衛生法に基づく労働者死傷病報告書の労働基準監

督署への提出を怠ると、「**労災かくし**」として**処罰される**こと(通勤災害は対象となりません。)

イ 健康保険側からみても不正となり、その事実が分かれば回収されること。

ウ 治療期間が長引いたり、後遺症が残ったりする場合は、被災労働者又は事業主の経済的負担が予想以上に大きくなること。

エ 上記ウの場合など、相当期間が経過した後、労災への切り替えの申し出がなされるケースが多く、その際、指定訪問看護事業者として煩雑な事務を強いられること。

(7) 交通事故などの第三者行為災害による保険請求

業務災害や通勤災害の中には、交通事故などの第三者の行為が原因となって生じる場合があります。この場合、第三者とは労災保険事故の当事者である「被災労働者」、「事業主」及び「政府」以外の者をいいます。

相手方のある交通事故の場合、被災労働者は労災保険の保険給付と自賠責保険(共済)による保険金支払のどちらか一方を受けることができます。この場合、どちらを先に受けるかの選択は、被災労働者の自由です。

しかし、先に自賠責保険(共済)からの保険金支払を受ける場合(これを「自賠先行」と呼んでいます。)には、仮渡金制度や内払金制度を利用することによって損害賠償額の支払が事実上速やかに行われること、自賠責保険(共済)は労災保険の給付より支払いの幅が広く、例えば、労災保険では給付が認められていない慰謝料が支払われること、療養費の対象が労災保険より幅広いこと、さらに休業損害が原則として100%てん補されること(労災保険では60%)など被災労働者にとって様々なメリットがあります。

(注)請求上の留意点

自賠責保険から、訪問看護費用の一定期間分を全額受領済(請求済)の場合は、労災初回レセプトの余白に「〇年〇月〇日までは、自賠責保険より受領済(請求済)」と記載してください。

その他、取扱いに疑義が生じた場合は、所轄労働基準監督署へ問い合わせてください。

(8) 名称、住所、振込先等の変更手続

「労災保険指定訪問看護事業者療養担当契約事項」の14により、下記に掲げる事項に該当する場合は、「指定・指名機関登録(変更)報告書」(診機様式第22号、23号)(27、28ページ)及び「労災保険指定訪問看護事業者変更届」(コピーして使用可)(29ページ)を長崎労働局(労災補償課医療係)へ提出してください。

- ① 名称、住所が変更されたとき
- ② 代表者に異動があったとき
- ③ 支払を受ける金融機関又は口座を変更したとき

(9) 廃止、休止、再開の手続

「労災保険指定訪問看護事業者療養担当契約事項」の15により、廃止、休止した場合には、「労災保険指定訪問看護事業者廃止・休止届」(30ペー

ジ) (コピーして使用可)を、事業を再開しようとするときは、「労災保険指定訪問看護事業者再開届」(31 ページ) (コピーして使用可)を長崎労働局(労災補償課医療係)へ提出してください。

なお、廃止した場合には、「指定・指名機関登録(変更)報告書」(診機様式第22号、23号)(27、28 ページ)もあわせて提出してください。

2 レセプトの作成・提出

(1) 請求書の分類

訪問看護費用請求書は、訪問看護費用請求内訳書(以下「レセプト」といいます。)を、「初回請求分」と「継続請求分」に分け、必要な添付書類を綴じた上、提出してください。

ア 初回請求分

「初回請求分」となるレセプトは次のとおりです。

- ① 受傷後、最初の訪問看護のレセプト
- ② 労災保険の非指定訪問看護事業者から変更し、最初の訪問看護のレセプト
- ③ 再発した場合で、最初の訪問看護のレセプト
- ④ 自賠責保険(共済)の限度額を超えるため、労災保険へ請求する最初の訪問看護のレセプト

【添付書類】

主治医から交付された訪問看護指示書の写し

○業務災害…療養補償給付たる療養の給付請求書(様式第5号)

○通勤災害…療養給付たる療養の給付請求書(様式第16号の3)

イ 継続請求分

「継続請求分」となるレセプトは次のとおりです。

- ① 2回目以降(2か月目以降)のレセプト
- ② 他の指定訪問看護事業者から変更してきた場合のレセプト
- ③ 傷病(補償)年金の支給決定を受けたものに係るレセプト

【添付書類】

主治医から交付された訪問看護指示書の写し

②と③の初回のレセプトには、下記の「指定病院等(変更)届」が必要です。

○業務災害…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)

○通勤災害…療養給付たる療養の給付を受ける指定病院等(変更)届(様式第16号の4)

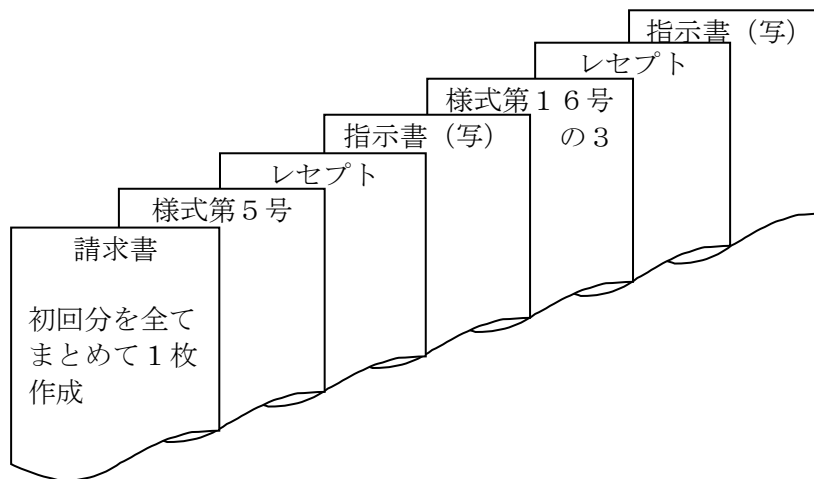
(2) 請求書の作成単位

初回請求分については、被災労働者の所属事業場を管轄する労働基準監督署を問わず、その**全てを一つにとりまとめて**ください。

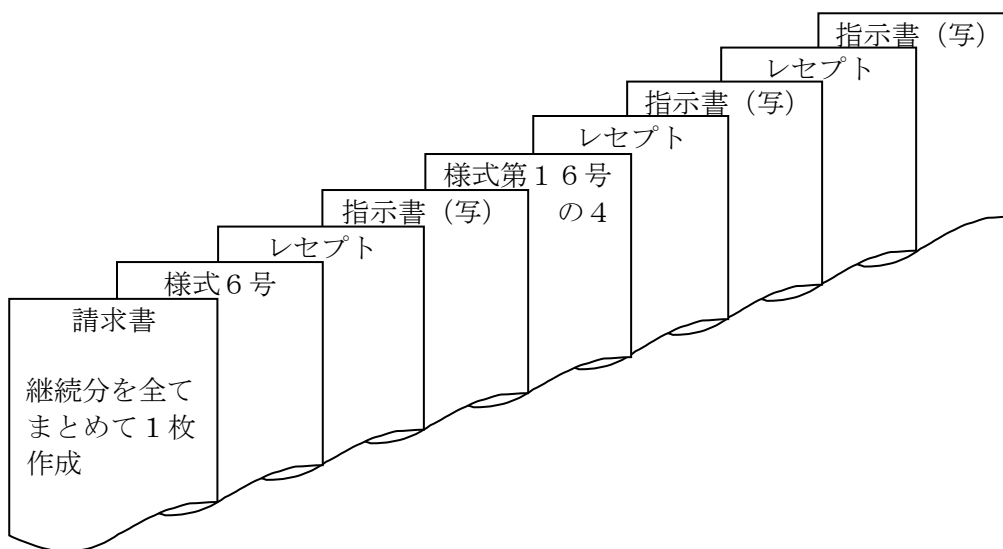
2回目以降請求分についても、その**全てを一つにとりまとめて**ください。

ア 訪問看護費用請求書、様式第5号、様式第16号の3、様式第6号、様式第16号の4、レセプト及び訪問看護指示書の写しは次の図のように綴じてください。

- ◎ 初回請求分（例）
（所轄監督署、県内・県外を問わず、1枚の請求書にまとめます。）



- ◎ 継続請求分（例）
（所轄監督署、県内・県外を問わず、1枚の請求書にまとめます。）



イ 留意点

- (ア) 請求書、レセプト等は、クリップでとめてください。ステープラー（ホッチキス）は使用しないでください。
- (イ) 初回請求分及び継続請求分ともに、県内・県外、監督署別を問わずとりまとめの上、請求書を1枚作成し、長崎労働局へ提出してください。
- (ウ) 指定病院等(変更)届(様式第6号、様式第16号の4)は、継続請求分に綴じてください。
- (エ) 光学式文字読取装置(OCR)で直接読取りを行うので、郵送の際は、小さく折り曲げないようにして送付してください。

(3) 請求書の提出先・提出期限

ア 提出先

初回請求分、2回目以降請求分、県内分、県外分を問わず**指定訪問看護事業者の所在地を管轄する労働局に提出**します。

長崎労働局 労働基準部 労災補償課

〒850-0033

長崎市万才町7-1 TBM長崎ビル6階

☎095-801-0034 (労災補償課)

イ 提出期限

毎月分を翌月10日必着(休日・祝日にあたる場合は翌開庁日)

なお、11日以降に提出されたものは、翌月受付分と合わせて処理されます。

(4) 請求書、レセプト用紙の入手方法

労災保険訪問看護費用請求書及びレセプトは、厚生労働省のホームページからダウンロードすることができます。

印刷時の注意事項をよく読んでから印刷してください。

[労災保険給付関係請求書等ダウンロード](#)

検索

(5) レセプト等の記入時の留意点 (共通事項)

ア レセプト枠内の数字、円マークは下記の字体を使用してください。

¥0123456789

※「¥」は、横線が一本ですのでご注意ください。

<訂正例>

一字の場合

②

複数の場合

④⑤⑥⑦

※ 訂正印は必要ありません。

- イ 訪問看護費用については、「労働保険番号・生年月日・傷病年月日」又は「年金証書番号」で機械上の管理を行っていますので、以前請求したレセプトと相違のないよう療養(補償)給付請求書等と照合の上、提出してください。一文字でも違いますと、別人のデータとなります。
- ウ 指定訪問看護事業者において、プリンタを使用して印字する際は、枠から印字がずれないようにしてください。

訪問看護費用請求書

■ 訪様式第8号

労災保険訪問看護費用請求書

標準
字体 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

帳票種別 <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="3"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="4"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="7"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="3"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="2"/>	修正項 目番号 ※ <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	修正欄 ※ <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"/>	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"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 1~9月迄→ 1~9月迄→ 1~9月迄→																
① 訪問看護ステーションの番号 <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"/> <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; font-size: small;"> <tr> <td>千</td><td>百</td><td>十</td><td>万</td><td>千</td><td>百</td><td>十</td><td>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> <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。		千	百	十	万	千	百	十	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"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	④ 内訳書添付枚数 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 枚	
千	百	十	万	千	百	十	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"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>												
⑤ 請求年 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 年 ⑥ 請求月 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 月分 ただし、平成 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 年 1~9月迄→																			
_____ ほか _____ 名に対する訪問看護費用の内訳は、別紙内訳書のとおり 上記の金額を請求します。 _____ 年 月 日 _____ 郵便番号 _____ 住 所 (所在地) 請求人の _____ 名 称 (訪問看護事業者) _____ 代表者氏名 _____ 労働局長 殿 電話番号 _____ - _____																			
受付印 <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。

※コピーして使用することはできません。

労災保険訪問看護費用請求書（診機様式第8号）帳票種別34732

【記載要領】

「① 訪問看護ステーションの番号」

訪問看護ステーションの番号は、訪問看護ステーションごとに指定を行った際、8桁の番号が振り出されています。指定訪問看護ステーションの番号の記載を誤りますと、誤った訪問看護ステーションへ振込みが行われますので、正確に記入してください。

「② ※受付年月日」

訪問看護ステーションでは記入しないでください。

「③ 請求金額」

レセプトの合計金額を、右側に詰めて、記入してください。金額の頭には¥マークを記入してください。

なお、「請求金額」欄は訂正することができませんので、誤った数字を記入した場合は、新たな請求書を使用してください。

「④ 内訳書添付枚数」

内訳書添付枚数は、レセプトの合計枚数を記入してください。療養の給付請求書（様式第5号又は様式第16号の3）、指定病院等（変更）届（様式第6号又は様式第16号の4）及び訪問看護指示書の写しは、枚数の中に算入しないでください。

「⑤ 請求年」・「⑥ 請求月」

添付したレセプトのうち、最新の訪問看護を実施した年月を記入してください。

その他、※印の付された「※修正項目番号」、「※修正欄」は、記入しないでください。

「請求人の代表者氏名」欄について、押印は不要です。

訪問看護費用請求内訳書（表面）

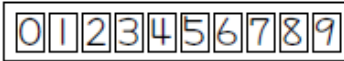
■ 請求式番号				訪問看護ステーション の 番号		訪問看護ステーション の 名称		■
領票種別 34733		修正項目番号 ※ □□		修正欄 ※ □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□				※印の欄は記入しないでください。
①労働保険番号 府 県 所 在 管 轄 基 幹 番 号 技 術 番 号 □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□						⑦支払額 ※ □□□□□□□□		
②生年月日 1. 出生 □□□□□□□□ 2. 婚姻 □□□□□□□□ 3. 死亡 □□□□□□□□ 1-9日は付 ③傷病年月日 1. 傷病発生 □□□□□□□□ 2. 傷病終了 □□□□□□□□ 1-9日は付						⑧増減コード及び増減額 ※ □□□□□□□□		
④訪問開始年月日及び訪問終了年月日時刻 開始 □□□□□□□□ □□:□□ □□□□□□□□ □□:□□ 午前 午後 時 分 1-9日は付 1-9日は付 1-9日は付						⑨増減理由 ※ □□		
⑤床日数 □□□□ 日						⑩決定年月日 ※ □□□□□□□□		
⑥合計額 □□□□□□□□						⑪処理区分 ※ □□		
労働者の氏名		(歳)		事業の名称				
労働者の住所		都府 道県		事業場の所在地		都府 道県 郡区 市		
主たる傷病名		1. 2. 3. <small>基本指示書2の1に規定する疾病等の有無 1. 別表7 2. 別表8 3. 別表9</small>		主治医の所属する医療機関名称				
傷病の経過		主治医氏名						
		指示期間		年 月 日 ~ 年 月 日				
		特別指示期間		年 月 日 ~ 年 月 日				
		精神指示期間		年 月 日 ~ 年 月 日				
		精神特別指示期間		年 月 日 ~ 年 月 日				

○基本療養費等の明細は裏面に記載してください。
○医師の訪問看護指示書の写しを添付してください。

※コピーして使用することはできません。

訪問看護費用請求内訳書（裏面）

標準字体



心身の状況	訪問終了の状況					死亡の状況					訪問日		
	開始	終了	3 医療機関	4 死亡	5 その他	時刻	年月日	午前・午後	時	分	備考	同	
①基本診療費Ⅰ	①看護師等 3日まで 4日以後	②看護師等 3日まで 4日以後	③専門の研修を受けた看護師 理学療法士等 3日まで 4日以後	円× 日	円× 日	④看護師等 3日まで30分以上 4日以後30分以上	⑤作業療法士 3日まで30分以上 4日以後30分以上	⑥看護師 3日まで30分以上 4日以後30分以上	円× 日	円× 日	訪問日	○	☆
												△	□
②基本診療費Ⅱ	⑦看護師等 2人 3人以上	⑧看護師等 2人 3人以上	⑨専門の研修を受けた看護師 理学療法士等 2人 3人以上	円× 日	円× 日	⑩看護師等 2人 3人以上	⑪作業療法士 2人 3人以上	⑫看護師 2人 3人以上	円× 日	円× 日	訪問日	○	☆
												△	□
③基本診療費Ⅰ及びⅡの加算	⑬経路等複数回訪問加算 2回 3回以上	⑭緊急訪問看護加算 ⑮長時間訪問看護加算 ⑯乳幼児加算 ⑰複数名訪問看護加算 看護師等 理学療法士等 看護師 その他職員（ハ） その他職員（ニ）	円× 日	円× 日	円× 日	⑯複数名精神科訪問看護加算 ⑰長時間精神科訪問看護加算 ⑱複数名精神科訪問看護加算 看護師等 1回 2回 3回以上 作業療法士 1回 2回 3回以上	⑲夜間・早朝訪問看護加算 ⑳在宅訪問看護加算	⑳在宅訪問看護加算 ㉑在宅患者緊急時対応加算 ㉒特別管理加算 ㉓退院共同指導加算 ㉔特別管理指導加算 ㉕退院支援指導加算 ㉖在宅患者連携指導加算 ㉗在宅患者緊急時対応加算 ㉘精神科重症患者支援管理連携加算 ㉙看護・介護職員連携強化加算 ㉚専門管理加算	円× 日	円× 日	訪問日	○	☆
												△	□
④情報提供料	㉜訪問看護情報提供療養費 ㉝訪問看護ターミナルケア療養費 ㉞ターミナルケア療養費 ㉟遠隔死亡診断補助加算	㊱市（区）町村等 ㊲指定特定相談支援事業者等	円× 日	円× 日	円× 日	㊳精神科健康福祉士 1人又は2人 3人以上	㊴夜間・早朝訪問看護加算 ㊵在宅訪問看護加算	㊶在宅訪問看護加算 ㊷在宅患者緊急時対応加算 ㊸特別管理加算 ㊹退院共同指導加算 ㊺特別管理指導加算 ㊻退院支援指導加算 ㊼在宅患者連携指導加算 ㊽在宅患者緊急時対応加算 ㊾精神科重症患者支援管理連携加算 ㊿看護・介護職員連携強化加算 ㊿専門管理加算	円× 日	円× 日	訪問日	○	☆
												△	□

お願い
 ○この用紙は、機械で直接処理しますので、折り曲げたり汚したり、また他の用紙をのりづけしないでください。
 ○小枠内は、黒ボールペンで、枠からはみ出さないように、標準字体にならって、ていねいに記入してください。
 ○この用紙は、直射日光・湿気をさけて保管してください。

※コピーして使用することはできません。

労災保険訪問看護費用請求内訳書（訪様式第9号）帳票種別34733

【記載要領】

「① 労働保険番号」

府県、所掌、管轄、基幹番号、枝番号ごとに、右詰めで記入してください。

「② 生年月日」「③ 傷病年月日」

療養（補償）給付請求書（様式第5号又は様式第16号の3）又は指定病院（変更）届（様式第6号又は様式第16号の4）により確認し、正確に記入してください。

「④ 訪問開始年月日及び訪問終了年月日時刻」

記入枠に、請求に係る訪問看護期間初日から末日を、元号（令和：9）を含め、右詰めで記入してください。

なお、訪問看護を開始した月及び訪問看護を終了した月の請求分については、実際の訪問看護開始年月日及び実際の訪問看護終了年月日と訪問時刻を記入し、それ以外の訪問看護を継続中の月については、当該月の初日から末日を記入してください。

【記入例】

ア 実際に訪問看護を開始した月の場合（実際の開始日を記入）

9 0 2 0 9 1 1 - 9 0 2 0 9 3 0

イ 訪問看護を継続中の場合

9 0 2 1 0 0 1 - 9 0 2 1 0 3 1

ウ 実際に訪問看護を終了した月の場合（実際の終了日を記入）

9 0 2 1 1 0 1 - 9 0 2 1 1 1 5 午前
9時10分
午後

「⑤ 実日数」

右詰めで記入してください。

「⑥ 合計額」

右詰めで記入してください。金額の頭には¥マークを記入しないでください。

その他、「修正項目番号」、「修正欄」、⑥、⑥②、⑥③、⑥④及び⑥⑤等、※のある記入枠には、記入しないでください。

労災保険訪問看護費用請求内訳書（傷病（補償）年金用）（表面）

訪談式第10号 傷		訪問看護ステーション の番号	訪問看護ステーション の名称
領票種別 34734		修正項目番号 ※ <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	修正欄 ※ <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
労災 保 険 訪 問 看 護 費 用 請 求 内 訳 書	①年金証書番号 官 職 員 種 別 西 暦 年 番 号 <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>		②支払額 ※ <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
	④訪問開始年月日及び訪問終了年月日時刻 〒 千 年 月 日 時 分 〒 千 年 月 日 時 分 1-9日 は 11-9日 は 11-9日 は 11-9日 は 11-9日 は 11-9日 は		③増減コード及び増減額 ※ <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
	⑤実日数 <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 日 ⑥合計額 <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>		⑦増減理由 ※ <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
労働者の氏名 明・大・昭・平・令 年 月 日生	(歳) 都府 道 県 郡 区 市	事業の名称	都府 道 県 郡 区 市
労働者の住所	都府 道 県 郡 区 市	事業場の所在地	都府 道 県 郡 区 市
主たる傷病名 1. _____ 2. _____ 3. _____ <small>基本療養費第2の1に規定する疾病等の有無 1. 有 2. 無 3. 要 該当する疾病等</small>	主治医の所属する医療機関名称	主治医氏名	
傷病の経過	指示期間	年 月 日 ~ 年 月 日 年 月 日 ~ 年 月 日	
	特別指示期間	年 月 日 ~ 年 月 日 年 月 日 ~ 年 月 日	
	精神指示期間	年 月 日 ~ 年 月 日 年 月 日 ~ 年 月 日	
	精神特別指示期間	年 月 日 ~ 年 月 日 年 月 日 ~ 年 月 日	
		年 月 日 ~ 年 月 日 年 月 日 ~ 年 月 日	

○基本療養費等の明細は裏面に記載してください。
 ○医師の訪問看護指示書の写しを添付してください。

※コピーして使用することはできません。

労災保険訪問看護費用請求内訳書（傷病（補償）年金用）（裏面）

標準字体

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

心身の状態	訪問終了の状況		死亡の状況					訪問日	
	時刻	場所	1 自宅	2 施設	3 病院	4 診療所	5 その他	○	△
基本療養費Ⅰ ①看護師等 3日まで 4日以降 ②准看護師 3日まで 4日以降 ③専門の研修を受けた看護師 ④理学療法士等 3日まで 4日以降	円× 日	円× 日	①看護師等	3日まで30分以上	円× 日				
	円× 日	円× 日	②准看護師	3日まで30分以上	円× 日				
	円× 日	円× 日	③作業療法士	3日まで30分以上	円× 日				
基本療養費Ⅱ ①看護師等 2人 3日まで 4日以降 3人以上 3日まで 4日以降 ②准看護師 2人 3日まで 4日以降 3人以上 3日まで 4日以降 ③専門の研修を受けた看護師 ④理学療法士等 2人 3日まで 4日以降 3人以上 3日まで 4日以降	円× 日	円× 日	①看護師等	3日まで30分以上	円× 日				
	円× 日	円× 日	②准看護師	3日まで30分以上	円× 日				
	円× 日	円× 日	③作業療法士	3日まで30分以上	円× 日				
基本療養費Ⅰ及びⅡの加算 ①聴音等複数回訪問加算 2回 1人又は2人 円× 日 3人以上 円× 日 3回以上 1人又は2人 円× 日 3人以上 円× 日 ②緊急訪問看護加算 円× 日 ③急病時訪問看護加算 円× 日 ④乳幼児加算 円× 日 ⑤複数名訪問看護加算 看護師等 1人又は2人 円× 日 3人以上 円× 日 理学療法士等 1人又は2人 円× 日 3人以上 円× 日 准看護師 1人又は2人 円× 日 3人以上 円× 日 その他職員（ハ） 1人又は2人 円× 日 3人以上 円× 日 その他職員（ニ） 1回 1人又は2人 円× 日 3人以上 円× 日 2回 1人又は2人 円× 日 3人以上 円× 日 3回以上 1人又は2人 円× 日 3人以上 円× 日 3人以上 円× 日	円× 日	円× 日	①看護師等	3日まで30分以上	円× 日				
	円× 日	円× 日	②准看護師	3日まで30分以上	円× 日				
	円× 日	円× 日	③作業療法士	3日まで30分以上	円× 日				
基本療養費Ⅲ ①夜間・早朝訪問看護加算 円× 日 ②夜間看護加算 円× 日 ③看護師等 円× 日 ④理学療法士等 円× 日 ⑤定例療養費 円× 日 ⑥24時間対応体制加算 円× 日 ⑦特別管理加算 円× 日 ⑧退院時共同指導加算 円× 日 ⑨特別管理指導加算 円× 日 ⑩退院支援指導加算 円× 日 ⑪在宅患者連絡指導加算 円× 日 ⑫在宅患者緊急時等対応加算 円× 日 ⑬精神科重症患者支援管理連携加算 円× 日 ⑭看護・介護職員連携強化加算 円× 日 ⑮専門管理加算 円× 日	円× 日	円× 日	①看護師等	1人又は2人 円× 日 3人以上 円× 日 2回 1人又は2人 円× 日 3人以上 円× 日 3回以上 1人又は2人 円× 日 3人以上 円× 日	円× 日				
	円× 日	円× 日	②准看護師	1人又は2人 円× 日 3人以上 円× 日 2回 1人又は2人 円× 日 3人以上 円× 日 3回以上 1人又は2人 円× 日 3人以上 円× 日	円× 日				
	円× 日	円× 日	③作業療法士	1人又は2人 円× 日 3人以上 円× 日 2回 1人又は2人 円× 日 3人以上 円× 日 3回以上 1人又は2人 円× 日 3人以上 円× 日	円× 日				
特別療養費 ①訪問看護 円× 日 ②情報提供療養費 円× 日 ③ターミナルケア療養費 円× 日 ④F-1747療養費 円× 日 ⑤遠隔症亡診断補助加算 円× 日 ⑥市（区）町村等 1市（区）町村等 円× 日 2 指定特定相談支援事業者等 円× 日 ⑦医療機関等 1 医療機関 円× 日 2 介護老人保健施設 円× 日 3 介護医療院 円× 日	円× 日	円× 日	①看護師等	1人又は2人 円× 日 3人以上 円× 日 2回 1人又は2人 円× 日 3人以上 円× 日 3回以上 1人又は2人 円× 日 3人以上 円× 日	円× 日				
	円× 日	円× 日	②准看護師	1人又は2人 円× 日 3人以上 円× 日 2回 1人又は2人 円× 日 3人以上 円× 日 3回以上 1人又は2人 円× 日 3人以上 円× 日	円× 日				
	円× 日	円× 日	③作業療法士	1人又は2人 円× 日 3人以上 円× 日 2回 1人又は2人 円× 日 3人以上 円× 日 3回以上 1人又は2人 円× 日 3人以上 円× 日	円× 日				
主治医への直近報告年月日 年 月 日	年 月 日	提供した情報の概要	基本療養費Ⅰ・Ⅱ 1 緩和ケア 2 褥瘡ケア 3 人工肛門・人工膀胱ケア ④専門管理加算 1 緩和ケア 2 褥瘡ケア 3 人工肛門・人工膀胱ケア 4 特定行為（ ）	円× 日	円× 日				
合計額 請求額に転載してください。	円	手続書交付年月日 年 月 日	直近見直し年月日 年 月 日	年 月 日	年 月 日				

お願い
○この用紙は、機械で直接処理しますので、折り曲げたり汚したり、また他の用紙をのりづけしないでください。
○小枠内は、黒ボールペンで、枠からはみ出さないように、標準字体になって、ていねいに記入してください。
○この用紙は、直射日光・湿気をさけて保管してください。

※コピーして使用することはできません。

労災保険訪問看護費用請求内訳書（訪様式第10号）帳票種別34734

【記載要領】

「① 年金証書番号」

管轄局、種別、西暦年、番号ごとに、右詰めで記入してください。

「④ 訪問開始年月日及び訪問終了年月日時刻」

記入枠に、請求に係る訪問看護期間初日から末日を、元号（令和：9）を含め、右詰めで記入してください。

なお、訪問看護を開始した月及び訪問看護を終了した月の請求分については、実際の訪問看護開始年月日及び実際の訪問看護終了年月日と訪問時刻を記入し、それ以外の訪問看護を継続中の月については、当該月の初日から末日を記入してください。

【記入例】

ア 実際に訪問看護を開始した月の場合（実際の開始日を記入）

9 0 2 0 9 1 1 - 9 0 2 0 9 3 0

イ 訪問看護を継続中の場合

9 0 2 1 0 0 1 - 9 0 2 1 0 3 1

ウ 実際に訪問看護を終了した月の場合（実際の終了日を記入）

9 0 2 1 1 0 1 - 9 0 2 1 1 1 5 ^{午前}時10分
午後

「⑤ 実日数」

右詰めで記入してください。

「⑥ 合計額」

右詰めで記入してください。金額の頭には¥マークを記入しないでください。

その他、「修正項目番号」、「修正欄」、⑥①、⑥②、⑥③、⑥④及び⑥⑤等、※のある記入枠には、記入しないでください。

(6) 審査・支払・保留

提出された訪問看護費用請求書の審査及び支払いまでの流れは、次のとおりです。

ア 審査事務

(ア) 所轄労働基準監督署

療養(補償)給付請求書(様式第5号又は様式第16号の3)の適用関係(労働保険の適用の有無、労働者性の確認)、業務災害・通勤災害の認定等を行います。

(イ) 管轄労働局

レセプトの審査を全般的に行いますが、医学的判断や専門的知識を要するものは、診療指導委員会へ判断を求めます。

(ウ) 診療指導委員会

レセプトの診療内容に関する医学的審査及び指導等を行います。

イ 支払

審査後に厚生労働省から翌月以降に「(支払振込) 通知書」により指定口座に振り込まれます。

ウ 支払通知(査定増減)

厚生労働省から、「(支払振込) 通知書」により、各被災者の「労働保険(年金証書) 番号」、「生年月日」、「負傷年月日」、「支払額」、「差額(査定増減額)」及び「差額理由」等を印字し、通知することになっています。

エ 支払保留

所轄労働基準監督署において、実施調査のため支払を一時保留する場合や変更前の指定訪問看護事業者から提出されるべき療養(補償)給付請求書(5号又は16号の3)が未提出の場合などの理由で、支払が保留される場合は、「(支払振込) 通知書」の不支給保留額総計欄に保留金額等を印字し通知します。

(7) 訪問看護費用請求権の時効

指定訪問看護事業者の訪問看護費用請求権の消滅時効は、民法第170条第1号の規定によって**5年**とされていますので、看護日の属する月の翌月の初日から起算して5年を経過した場合には訪問看護費用の請求権を失うこととなります。

(8) 関係連絡先

長崎労働局及び管内の労働基準監督署の連絡先は、次のページのとおりです。

名 称	所 在 地	電 話 番 号
長崎労働局労働基準部 労働災害補償課	〒850-0033 長崎市万才町7-1 TBM長崎ビル6階	095(801)0034 095(801)0019 <u>レセプト審査係</u>
長崎労働基準監督署	〒852-8542 長崎市岩川町16-16 長崎合同庁舎2階	095(846)6386 (ダイヤルイン)労災課
長崎労働基準監督署 五島駐在事務所	〒853-0015 五島市東浜町2-1-1 福江地方合同庁舎内	0959(72)2951
佐世保労働基準監督署	〒857-0041 佐世保市木場田町2-19 佐世保合同庁舎3階	0956(24)4161
江迎労働基準監督署	〒859-6101 佐世保市江迎町長坂123-19	0956(65)2141
島原労働基準監督署	〒855-0033 島原市新馬場町905-1	0957(62)5145
諫早労働基準監督署	〒854-0081 諫早市栄田町47-37	0957(26)3310
対馬労働基準監督署	〒817-0016 対馬市厳原町東里341-42 厳原地方合同庁舎内	0920(52)0234
対馬労働基準監督署 壱岐駐在事務所	〒811-5133 壱岐市郷ノ浦町本村触620-4 壱岐地方合同庁舎内	0920(47)0467

労働保険番号における府県：長崎「42」

所掌が「1」の場合の管轄：長崎労働基準監督署「01」、佐世保労働基準監督署「02」

江迎労働基準監督署「03」、島原労働基準監督署「04」

諫早労働基準監督署「05」、対馬労働基準監督署「06」

第3 資料

1 労災保険指定訪問看護事業者療養担当契約事項

2 届出関係様式

- 「指定・指名機関登録（変更）報告書」
- 「労災保険指定訪問看護事業者変更届」
- 「労災保険指定訪問看護事業者廃止・休止届」
- 「労災保険指定訪問看護事業者再開届」

3 保険給付請求書様式（主要なもののみ）

様式第5号	療養補償給付及び複数事業労働者療養給付たる療養の給付請求書
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7号(5)	療養補償給付及び複数事業労働者療養給付たる療養の費用請求書
様式第16号の3	療養給付たる療養の給付請求書
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
様式第16号の5(5)	療養給付たる療養の費用請求書（訪問看護用）

※ 各種パンフレットについては、厚生労働省のホームページに掲載されています。必要に応じて更新されますので、最新の情報を入手されるようお願いします。

「労災補償関係リーフレット等一覧」で検索してください。

労災補償関係リーフレット等一覧

検索



労災保険指定訪問看護事業者療養担当契約事項

(平成6年9月30日付け基発第610号)
改正 平成26年7月4日基発0704第3号

(療養の給付の内容)

- 1 労災保険指定訪問看護事業者（以下「労災指定訪問看護事業者」という。）は、労働者災害補償保険法施行規則第11条第1項及び第18条の5第1項の規定による療養給付のうち、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を行うこと。

(指定要件)

- 2 労災指定訪問看護事業者は、健康保険法の規定により指定訪問看護事業者に指定されている者でなければならない。

(指定の申請)

- 3 労災保険指定訪問看護事業者として指定を受けようとする者は、訪問看護を行う事業所（以下「訪問看護ステーション」という。）ごとに、別に定める様式により、訪問看護ステーションの所任地を管轄する都道府県労働局長（以下「所轄労働局長」という。）に申請すること。

(療養の給付請求書等の処理)

- 4 労災指定訪問看護事業者は、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。）からの療養の給付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」（労働者災害補償保険法の施行に関する事務に使用する文書の様式を定める件（昭和35年4月1日労働省告示第10号）に定める様式（以下「告示様式」という。）第5号）又は「療養の給付たる療養の給付請求書」（告示様式第16号の3）（以下「療養の給付請求書」という。）によって療養の給付を受ける資格があることを確かめること。

ただし、緊急止むを得ない事由によって療養の給付請求書を提出することができない者については、この限りでない。この場合においては、事後に遅滞なく提出させること。

傷病労働者が、傷病補償年金又は傷病年金受給者である場合には、年金証書の確認を行う。

傷病労働者から提出された療養の給付請求書は、その者に係る第1回目の「労災保険訪問看護費用請求書」に添付してその者の所属する事業場の所在地を管轄する労働基準監督署長、傷病補償年金又は傷病年金受給者である場合には、その者の年金証書に記載されている給付決定を行った労働基準監督署長（以下「所轄監督署長」という。）に対し、所轄労働局長を経由して提出すること。

(訪問看護の実施要件)

- 5 労災指定訪問看護事業者は、傷病労働者の診療を担当した医師の指示により訪問看護を行うこと。

(所轄監督署長への通知)

- 6 労災指定訪問看護事業者は、傷病労働者が詐欺その他不正行為により訪問看護を受け又は受けようとしたときは、遅滞なくその旨を所轄労働局長を経由して所轄監督署長に通知すること。

(訪問看護費用の算定)

- 7 労災指定訪問看護事業者が行う訪問看護の費用の額は、訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法（平成20年3月5日厚生労働省告示第67号）の別表「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法」により算定した額とする。

また、その他の費用の取扱いについては、健康保険の定めるところによることとする。

(訪問看護費用の請求)

- 8 労災指定訪問看護事業者は、訪問看護に係る費用について、訪問看護事業所ごとに労災保険訪問看護費用請求書に労災保険訪問看護費用請求内訳書及び主治医から交付された訪問看護指示書の写しを添付して、毎月分につきその翌月 10 日までに所轄労働局長に請求すること。

ただし、次に掲げる各号の一に該当する場合には、政府はそれに要した費用の全部又は一部を支払わないこと。

- (1) 業務災害又は通勤災害以外の負傷又は疾病に対して訪問看護を行った場合。
- (2) 関係法令又は本契約事項に違反して訪問看護を行った場合。

(指定期間)

- 9 指定期間は、原則として指定の日から 3 年とすること。

ただし、指定期間満了の前日 6 カ月より 3 カ月までの間に、訪問看護事業者の指定を行った所轄労働局長又は労災指定訪問看護事業者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。

(管理者)

- 10 労災指定訪問看護事業者は、訪問看護ステーションごとに専ら訪問看護の職務に従事する管理者を置かなければならない。

なお、管理者は以下に掲げる要件を満たしていなければならない。

- (1) 管理者は、保健師又は看護師であること。
- (2) 管理者は、適切な訪問看護を行うために必要な知識及び技能を有する者であること。

(秘密保持)

- 11 保健師、看護師、准看護師、理学療法士及び作業療法士（以下「看護師等」という。）は、正当な理由がなく、その業務上知り得た被災労働者又はその家族の秘密を漏らしてはならない。

(訪問看護計画書の作成等)

- 12 訪問看護計画書の作成等に当たっては、次の事項に留意すること。

- (1) 看護師等（准看護師を除く。）は、被災労働者ごとに訪問看護計画書及び訪問看護報告書を作成しなければならない。
- (2) 事業所の管理者は、訪問看護計画書及び訪問看護報告書に関し、必要な管理をしなければならない。
- (3) 労災指定訪問看護事業者は、主治医に訪問看護計画書及び訪問看護報告書を提出しなければならない。

(指定の取消)

- 13 労災指定訪問看護事業者が次の各号の一に該当する場合には、所轄労働局長はその指定を取り消すことができる。

- (1) 健康保険法に定める指定取消事由の一に該当したとき。
- (2) 本契約事項に違反したとき。
- (3) 訪問看護費用の請求について不正行為があったとき。
- (4) その他労災指定訪問看護事業者として存続させることが不相当と認められる行為があったとき。

(変更の届出)

- 14 労災指定訪問看護事業者は、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所轄労働局長に届け出ること。

- (1) 訪問看護事業者の名称、住所が変更されたとき。
- (2) 代表者に異動があったとき。
- (3) 支払を受ける金融機関又は口座を変更したとき。

(休廃止に伴う届出)

15 労災指定訪問看護事業者が事業を廃止、休止、若しくは再開したときは、下記の事項を所轄労働局長に届け出ること。

- (1) 廃止又は休止した理由
- (2) 廃止又は休止した場合においては、現に指定訪問看護を受けている者に対する措置
- (3) 休止する場合には休止予定期間
(施行期日)

16 本契約事項は、平成6年10月1日から実施する。

指定を受けた訪問看護事業者は、労働者災害補償保険法施行規則第11条第3項の規定に基づき、標札を見やすい場所に掲げなければなりません。

(標札)

様式
第四号



- (文字) 白
- (地色) 濃紺
- (縦) 10センチメートル
- (横) 5.5センチメートル

指定・指名機関登録（変更）報告書

診機様式第22号

提出用 1 / 2

指定・指名機関登録（変更）報告書

決 裁	課長	係長	係

帳票種別 <input style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;" type="text" value="3"/> <input style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;" type="text" value="4"/> <input style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;" type="text" value="5"/> <input style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;" type="text" value="6"/> <input style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;" type="text" value="5"/>	① equal ② ③	④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨	⑩ ⑪ ⑫	⑬	⑭
---	-------------	-------------	-------	---	---

提出の際折り返し曲げる場合には中央で切り離し(▼)の所を念に2つ折りにして提出してください。	名	① 名称(カタカナ)：法人の種類と名称の間は1字あけて記入してください。また、左詰めで右端の枠まで続けて記入してください。 <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
	称	② (ツヅキ) <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
	称	③ 名称(漢字)：法人の種類と名称の間は1字あけて記入してください。また、左詰めで右端の枠まで続けて記入してください。 ④ (つづき) <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
		⑤ 薬局の代表者、訪問看護事業者の代表者又は柔道整復師等の氏名(カタカナ)：姓と名の間は1字あけて記入してください。 <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
		⑥ 薬局の代表者、訪問看護事業者の代表者又は柔道整復師等の氏名(漢字)：姓と名の間は1字あけて記入してください。 <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
		⑦ 郵便番号 <input style="width: 40%; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 30%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30%; height: 20px;" type="text"/>
		⑧ 所在地(カタカナ)：市郊区から記入してください。また、左詰めで右端の枠まで続けて記入してください。 <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
		⑨ (ツヅキ) <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
		⑩ (ツヅキ) <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
		⑪ 所在地(漢字)：左詰めで右端の枠まで続けて記入してください。 <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
		⑫ (つづき) <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>

⑬ 承認年月日 ※ <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"/>	⑭ 指定・指名期間末日 ※ <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"/>	⑮ 指定取消年月日 ※ <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"/>
--	--	--

⑯ 振込金融機関名 銀行 <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"/> 支店 <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"/> 店舗 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 代理店 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 出張所 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	⑰ 振込店舗名 <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
⑱ 口座種別 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 普通…1 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 当座…3	
⑲ 預金の口座番号(左詰め) <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	
⑳ 口座名義人(カタカナ)：法人の種類と名称の間は1字あけて記入してください。また、左詰めで右端の枠まで続けて記入してください。 <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	
㉑ (ツヅキ) <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	
㉒ (ツヅキ) <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	

㉓ 一括番号(労災指定指名機関) 府 県 種別 一 連 番 号 CD <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"/>	㉔ 金融機関コード 金融機関コード 店舗コード ※ <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"/>
--	---

※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お読みください。

※コピーして使用することはできません。

訪様式第5号

労災保険指定訪問看護事業者変更届

訪問看護ステーションの名称	
訪問看護ステーションの所在地	

下記の事項につき変更を生じたので、ご報告いたします。

変更が生じた事項

年 月 日

事業者の名称、住所

代表者の氏名

長崎労働局長 殿

訪様式第6号

労災保険指定訪問看護事業者廃止・休止届

訪問看護ステーションの名称	
訪問看護ステーションの所在地	

下記の理由により訪問看護事業を廃止・休止致したくご報告いたします。

廃止・休止年月日	年 月 日
廃止・休止した理由	
現に訪問看護を受けている者に対する措置	
休止予定期間	年 月 日～ 年 月 日

年 月 日

事業者の名称、住所

代表者の氏名

長崎労働局長 殿

訪様式第7号

労災保険指定訪問看護事業者再開届

訪問看護ステーションの名称	
訪問看護ステーションの所在地	

下記のとおり訪問看護事業を再開したくご報告いたします。

再 開 年 月 日	年 月 日
-----------	-------

年 月 日

事業者の名称、住所

代表者の氏名

長崎労働局長 殿

療養補償給付たる療養の給付請求書（表面）

様式第5号(表面) 労働者災害補償保険
労働者災害補償法第58条第2項第3号に基づき、労働者災害補償法第58条第2項第3号に基づき、労働者災害補償法第58条第2項第3号に基づき
 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

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。

標準字		一		二		三		四		五		六		七		八		九		十		ハ		ニ		ホ		ヘ		ニ		ノ	
ア	イ	ウ	エ	オ	カ	キ	ク	ケ	コ	サ	シ	ス	セ	ソ	タ	チ	ツ	テ	ト	ナ	ニ	ハ	ニ	ホ	ヘ	ニ	ノ	ハ	ニ	ホ	ヘ	ニ	ノ

※標準字で記入してください。

① 種別 ② 業種別 ③ 保額 ④ 地理区分 ⑤ 受付年月日
 3 4 5 9 0

⑥ 労働者の生年月日 ⑦ 性別 ⑧ 労働者の生年月日 ⑨ 性別
 (1) 男 (2) 女

⑩ 労働者の住所 ⑪ 労働者の職業
 住所(漢字) 2

⑫ 労働者の氏名 ⑬ 労働者の生年月日 ⑭ 労働者の性別
 年齢 前 時 分

⑮ 労働者の住所 ⑯ 労働者の職業
 職名 氏名

⑰ 労働者の住所 ⑱ 労働者の職業
 職名 氏名

⑲ 労働者の住所 ⑳ 労働者の職業
 職名 氏名

㉑ 労働者の住所 ㉒ 労働者の職業
 職名 氏名

㉓ 労働者の住所 ㉔ 労働者の職業
 職名 氏名

㉕ 労働者の住所 ㉖ 労働者の職業
 職名 氏名

㉗ 労働者の住所 ㉘ 労働者の職業
 職名 氏名

㉙ 労働者の住所 ㉚ 労働者の職業
 職名 氏名

㉛ 労働者の住所 ㉜ 労働者の職業
 職名 氏名

㉝ 労働者の住所 ㉞ 労働者の職業
 職名 氏名

㉟ 労働者の住所 ㊱ 労働者の職業
 職名 氏名

㊲ 労働者の住所 ㊳ 労働者の職業
 職名 氏名

㊴ 労働者の住所 ㊵ 労働者の職業
 職名 氏名

㊶ 労働者の住所 ㊷ 労働者の職業
 職名 氏名

㊸ 労働者の住所 ㊹ 労働者の職業
 職名 氏名

㊺ 労働者の住所 ㊻ 労働者の職業
 職名 氏名

㊼ 労働者の住所 ㊽ 労働者の職業
 職名 氏名

㊾ 労働者の住所 ㊿ 労働者の職業
 職名 氏名

労働基準監督署長 殿

請求人の住所 氏名

病院 診療 薬 局 訪問看護事業者

調査年月日 決定年月日

復命書番号

① 署長 ② 副署長 ③ 課長 ④ 係長 ⑤ 係

決定年月日

調査年月日

復命書番号

第 号 第 号 第 号 第 号

不支給決定決議書

不支給の理由

① 署長 ② 副署長 ③ 課長 ④ 係長 ⑤ 係

決定年月日

調査年月日

復命書番号

第 号 第 号 第 号 第 号

不支給の理由は記入しないでください。

※コピーして使用することはできません。

療養補償給付たる療養の給付請求書（裏面）

様式第5号(裏面)

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

[項目記入にあたっての注意事項]

- 1 記入すべき事項のない欄又は記入枠は空欄のままとし、事項を選択する場合には該当事項を○で囲んでください。(ただし、⑧欄並びに⑨及び⑩欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。)
- 2 ⑩は、災害発生の事実を確認した者(確認した者が多数のときは最初に発見した者)を記載してください。
- 3 傷病補償年金又は複数事業労働者傷病年金の受給権者が当該傷病に係る療養の給付を請求する場合には、⑤労働保険番号欄に左詰めで年金証書番号を記入してください。また、⑨及び⑩は記入しないでください。
- 4 複数事業労働者療養給付の請求は、療養補償給付の支給決定がなされた場合、遡って請求されなかったものとみなされます。
- 5 ②「その他就業先の有無」欄の記載がない場合又は複数就業していない場合は、複数事業労働者療養給付の請求はないものとして取り扱います。
- 6 疾病に係る請求の場合、脳・心臓疾患、精神障害及びその他二以上の事業の業務を要因とすることが明らかな疾病以外は、療養補償給付のみで請求されることとなります。

[その他の注意事項]

この用紙は、機械によって読取りを行いますので汚したり、穴をあけたり、必要以上に強く折り曲げたり、のりづけしたりしないでください。

派遣先事業主 証明欄	派遣元事業主が証明する事項(表面の⑩、⑪及び⑫)の記載内容について事実と相違ないことを証明します。
	事業の名称 _____ 電話(____) _____
	年 月 日 _____
	事業場の所在地 _____
	事業主の氏名 _____
	(法人その他の団体であるときはその名称及び代表者の氏名)

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
			(____) _____

※コピーして使用することはできません。

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 診 療 所 業 局 訪問看護事業者	経 由	〒 _____
	住 所	電話() _____
	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 年 月 日
府県	所掌	管轄	基幹番号	枝番号		
.....	③ 労働者の 生年月日 年 月 日(歳)	前後 時 分頃
.....		
② 年金証書の番号					住 所	職 種
管轄局	種別	西暦年	番 号			
.....
⑤ 災害の原因及び発生状況 (あ)どのような場所で(い)どのような作業をしているときに(う)どのような物又は環境に(え)どのような不安全な又は有害な状態があって(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。						
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〕 〒 _____
	変更後の	名称	_____			〒 _____
	変更理由				
⑦	療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	_____				

※コピーして使用することはできません。

療養補償給付たる療養の費用請求書（訪問看護用）（裏面）

様式第7号(5)(裏面)

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

療養の内訳及び金額

傷病の経過			
基本療養費	1看護師等 2准看護師 3専門の研修を受けた看護師 4理学療法士等	円× 日 円 円× 日 円 円× 日 円 円× 日 円	指示期間 (特別指示期間) 年月日～年月日 / 年月日～年月日 年月日～年月日 / 年月日～年月日
加算	加算	加算	訪問日 1 2 3 4 5 6 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
精神科基本療養費	1看護師等 2作業療法士 3准看護師	円× 日 円 円× 日 円 円× 日 円	主治医への直近報告年月日 年 月 日
加算	加算	加算	提供した情報の概要
経過療養費	初 日 日 2 日 日以降	円 円 円 円	情報提供先の名称
加算	加算	加算	基本療養費 1 緩和ケア 2 褥瘡ケア 3 人工肛門・人工膀胱ケア
情報提供療養費	ターミナルケア療養費	円 円 円 円	専門の研修 1 緩和ケア 2 褥瘡ケア 3 人工肛門・人工膀胱ケア 4 特定行為 ()
加算	死亡年月日 年 月 日	円 円	手続書交付年月日 年 月 日 直近見直し年月日 年 月 日
合計		円	

(注 意)

1. 共通の注意事項
 - (1) この請求書は、訪問看護事業者から訪問看護を受けた場合に提出すること。
 - (2) (二)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、工事現場等を記載すること。
2. 傷病補償年金又は複数事業労働者傷病年金の受給権者が当該傷病に係る療養の費用を請求する場合以外の場合の注意事項
 - (1) ④は、記載する必要がないこと。
 - (2) (ハ)は、災害発生の事実確認した者(確認した者が多数あるときは最初に発見した者)を記載すること。
 - (3) (ハ)及び(ト)は、第2回以後の請求の場合には記載する必要がないこと。
 - (4) 第2回以後の請求が離職後である場合には事業主の証明は受ける必要がないこと。
3. 傷病補償年金又は複数事業労働者傷病年金の受給権者が当該傷病に係る療養の費用を請求する場合の注意事項
 - (1) ②、⑥、⑦、(ホ)、(ハ)及び(ト)は記載する必要がないこと。
 - (2) 事業主の証明は受ける必要がないこと。
4. 「療養の内訳及び金額」の各欄に書き切れない場合は、余白に記載するか、別紙を添付すること。
5. 複数事業労働者療養給付の請求は、療養補償給付の支給決定がなされた場合、遡って請求されなかったものとみなすこと。
6. ⑤「その他就業先の有無」欄の記載がない場合又は複数就業していない場合は、複数事業労働者療養給付の請求はないものとして取り扱うこと。
7. 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でない限り、療養補償給付のみで請求されること。

⑤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	労働保険事務組合又は特別加入団体の名称 加入年月日 年 月 日 労働保険番号(特別加入)

派遣元事業主証明欄	派遣元事業主が証明する事項(表面の⑦並びに(ホ)及び(ト))の記載内容について事実と相違ないことを証明します。
	事業の名称 電話() -
	事業場の所在地 〒 -
	事業主の氏名 (法人その他の団体であるときはその名称及び代表者の氏名)

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

※コピーして使用することはできません。

●労災保険指定訪問看護事業者以外の事業者から訪問看護を受けた場合に使用します。

療養給付たる療養の給付請求書（裏面）

様式第16号の3(裏面) 通勤災害に関する事項

(イ) 災害時の通勤の種類 (該当する記号を記入)	イ. 住所から就業の場所への移動 ハ. 就業の場所から他の就業の場所への移動 ニ. イに先行する仕替間の移動	ロ. 就業の場所から住所への移動 ホ. ロに接続する仕替間の移動
(ロ) 失業又は業務の年月日及び時刻	年 月 日 午 時 分	後 時 分
(ハ) 災害発生の際	(二) (災害時の通勤の種類がハに該当する場合は移動の起点たる就業の場所)	
(ホ) 就業開始の予定年月日及び時刻 (災害時の通勤の種類がイ、ハ又はロに該当する場合は記載すること)	年 月 日 年 前 時 分	後 時 分
(ヘ) 住所を離れた年月日及び時刻 (災害時の通勤の種類がイ、ニ又はホに該当する場合は記載すること)	年 月 日 年 前 時 分	後 時 分
(ト) 就業終了の年月日及び時刻 (災害時の通勤の種類がハ、ニ又はホに該当する場合は記載すること)	年 月 日 年 前 時 分	後 時 分
(チ) 就業の場所を離れた年月日及び時刻 (災害時の通勤の種類がロ又はホに該当する場合は記載すること)	年 月 日 年 前 時 分	後 時 分
(リ) 災害時の通勤の種類に関する移動の経路、方法及び所要時間並びに災害発生の日に住居又は就業の場所から災害発生の際の場所に至った経路、方法、所要時間その他の状況 (通常の通勤所要時間 時間 分)		
(ヌ) 災害の原因及び発生状況 (a) どのような被害を りどのような状態で移動している際に (c) どのような被害又はどのような状況において (d) どのようにして災害が発生したか (e) 命と財産に及ぼる被害はどのような原因を発生させたか		
(ム) 現職者の 住 居 氏 名	電話 () -	
(ヅ) 転任の事実の有無 (災害時の通勤の種類がニ又はホに該当する場合は)	有 ・ 無	(ワ) 転任直前の住居に係る住居
◎その他の就業先の有無		
有	有の場合のその数 (ただし表面の事業場を含まない)	
無	労働保険事務組合又は特別加入団体の名称	
労働保険番号 (特別加入)	加入年月日 年 月 日	

[項目記入に当たっての注意事項]

- 記入すべき事項のない欄又は記入枠は空欄のままとし、事項を選択する場合には当該事項を○で囲んでください。(ただし、①欄並びに④及び⑤欄の元号については該当記号を記入枠に記入してください。)
- 傷病年金の受給権者が当該傷病にかかると療養の給付を請求する場合には、⑩労働保険番号欄に左欄で年金証書番号を記入してください。また、④及び⑤は記入しないでください。
- ④は、請求人が健康保険の目録特別被保険者でない場合には記載する必要はありません。
- (ホ)は、災害時の通勤の種類がハの場合には、移動の起点たる就業の場所における就業開始の予定時刻を、ニの場合には、接続するイの移動の起点たる就業の場所における就業開始の予定の年月日及び時刻を記載してください。
- (ト)は、災害時の通勤の種類がハの場合には、移動の起点たる就業の場所における就業終了の年月日及び時刻を、ホの場合には、先行するロの移動の起点たる就業の場所における就業終了の年月日及び時刻を記載してください。
- (チ)は、災害時の通勤の種類がハの場合には、移動の起点たる就業の場所を離れた年月日及び時刻を記載してください。
- (リ)は、通常の通勤の経路を明示し、災害発生の際の経路及び災害発生の日に住居又は就業の場所から災害発生の際の場所に至った経路を乗線等を用いて分かりやすく記載するとともに、その他の事項についてもできるだけ詳細に記載してください。

[標準字体記入にあたっての注意事項]

□□□□ で表示された記入枠に記入する文字は、光学式文字認識装置(OA)で直接読み取りを行いますので、以下の注意事項に従って、表面の右上に示す標準字体で記入してください。

- 筆記用具は黒ボールペンを使用し、記入枠からはみださないように書いてください。
- 「縦線」「ようす」などは大きく書き、濁点、半濁点は1文字として書いてください。

(90) キツテ → キツテ キョ → キヨ パ → パ

- シツソソ は斜の頭を書き始めるとき、小さくカギを付けてください。

- | はカギを付けないで垂直に、| の2本の縦線以上で閉じないで書いてください。

派遣先事業主 証明欄	派遣先事業主が証明する事項(表面の④並びに(ロ)、(ハ)、(ニ)、(ホ)、(ト)、(チ)、(リ)(通常の通勤の経路及び方法に限る。)(ヅ)の記載内容について事実と相違ないことを証明します。	事業の名称	電話 () -
	年 月 日	事業場の所在地	T -
	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 労働士 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
		() -	

※コピーして使用することはできません。

療養給付たる療養の給付を受ける指定病院等（変更）届

様式第16号の4（表面）

労働者災害補償保険

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	
	業 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					② 氏名	④ 負傷又は発病年月日
府県	所掌	管轄	基幹番号	枝番号		
					（男・女）	年 月 日
② 年金証書の番号					労働者	年 月 日 (歳)
管轄局	種別	四番年	番号		住所	
					職 種	前 午 後 時 分 頃
⑤ 災害の原因及び発生状況 <small>(あ)どのような場所を(い)どのような方法で移動している際(ろ)どのような物で又はどのような状況において(え)どのようにして災害が発生したかを簡明に記載すること</small>						
③の者については、④に記載したとおりであることを証明します。						
年 月 日 事業の名称 _____ 〒 - 電話 () - _____ 事業場の所在地 _____ 事業主の氏名 _____ <small>(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)</small>						
[注意] 事業主は、④について知り得なかった場合には、証明する必要がないこと。						
⑥ 指定病院等の変更	変更前の	名称	_____ (労災指定医番号)			
		所在地	〒 -			
	変更後の	名称	_____			
		所在地	〒 -			
	変更理由	_____ _____ _____				
⑦ 傷病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	_____					

※コピーして使用することはできません。

療養給付たる療養の費用請求書（訪問看護用）（表面）

様式第16号の5(5)(表面) 労働者災害補償保険 通勤災害用 第 回 療養給付たる療養の費用請求書（同一傷病分）										標準字体 0123456789 ^ハ ○ ^ニ 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ヨラリルレロワヅ																													
① 傷病種別										② 傷病年月日																													
34265										3																													
③ 傷病種別																				④ 傷病年月日																			
34265																				3																			
⑤ 労働者の性別										⑥ 労働者の生年月日										⑦ 負傷又は発病年月日										⑧ 労働者の住所									
[男] [女]										[年] [月] [日]										[年] [月] [日]										[市] [区] [町] [丁目] [番] [号]									
⑨ 労働者の氏名										⑩ 労働者の職種										⑪ 労働者の年齢										⑫ 労働者の年収									
[姓] [名]										[業] [種]										[歳]										[年] [金] [月] [円]									
⑬ 労働者の住所										⑭ 労働者の電話番号										⑮ 労働者の職別										⑯ 労働者の業種									
[市] [区] [町] [丁目] [番] [号]										[市] [区] [町] [丁目] [番] [号]										[業] [種]										[業] [種]									
⑰ 労働者の就業先										⑱ 労働者の就業先										⑲ 労働者の就業先										⑳ 労働者の就業先									
[業] [種]										[業] [種]										[業] [種]										[業] [種]									
⑳ 労働者の就業先										㉑ 労働者の就業先										㉒ 労働者の就業先										㉓ 労働者の就業先									
[業] [種]										[業] [種]										[業] [種]										[業] [種]									
㉔ 労働者の就業先										㉕ 労働者の就業先										㉖ 労働者の就業先										㉗ 労働者の就業先									
[業] [種]										[業] [種]										[業] [種]										[業] [種]									
㉘ 労働者の就業先										㉙ 労働者の就業先										㉚ 労働者の就業先										㉛ 労働者の就業先									
[業] [種]										[業] [種]										[業] [種]										[業] [種]									
㉜ 労働者の就業先										㉝ 労働者の就業先										㉞ 労働者の就業先										㉟ 労働者の就業先									
[業] [種]										[業] [種]										[業] [種]										[業] [種]									
㊱ 労働者の就業先										㊲ 労働者の就業先										㊳ 労働者の就業先										㊴ 労働者の就業先									
[業] [種]										[業] [種]										[業] [種]										[業] [種]									
㊵ 労働者の就業先										㊶ 労働者の就業先										㊷ 労働者の就業先										㊸ 労働者の就業先									
[業] [種]										[業] [種]										[業] [種]										[業] [種]									
㊹ 労働者の就業先										㊺ 労働者の就業先										㊻ 労働者の就業先										㊼ 労働者の就業先									
[業] [種]										[業] [種]										[業] [種]										[業] [種]									
㊽ 労働者の就業先										㊾ 労働者の就業先										㊿ 労働者の就業先										㊿ 労働者の就業先									
[業] [種]										[業] [種]										[業] [種]										[業] [種]									

※印の欄は記入しないでください。（職員が記入します。）

※裏面の注意事項を読んでから記入してください。折り曲げる場合には（※）の所を谷に折りさらに2つ折りにしてください。

※コピーして使用することはできません。
●労災保険指定訪問看護事業者以外の事業者から訪問看護を受けた場合に使用します。

療養給付たる療養の費用請求書（訪問看護用）（裏面）

様式第16号の5(5) (裏面)

(イ) 災害時の通勤の種別 (該当する番号を記入)	イ、住所から就業の場所への移動 ロ、就業の場所から他の就業の場所への移動 ハ、就業の場所から他の就業の場所への移動 ニ、イに先行する住居間の移動	ホ、ロに後続する住居間の移動
(中) 労働者の 所属事業場の 名称・所在地	(ハ) 住所 氏名	電話番号 () -
(ト) 災害の原因及び発生状況 (ア) どのような場所を (イ) どのような方法で移動している際に (ウ) どのような物やどのような状況において (エ) どのようにして災害が発生したか (オ) (イ)と(ウ)と(エ)が異なる場合はその理由を説明し記載すること。		
(ウ) 負傷又は疾病の年月日及び時刻	年 月 日 午 前 後 時 分	(内) 災害時の通勤の種別に関する移動の通常の経路・方法及び所要時間並びに災害発生の日に住居又は就業の場所から災害発生の日に至った経路、方法、時間その他の状況
(ク) 災害発生場所		
(カ) 就業の場所 (災害時の通勤の種別がイに該当する場合は移動の経路を記載すること)		
(キ) 就業開始の年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別がイ、ハ又はロに該当する場合は記載すること)	年 月 日 午 前 後 時 分	
(ケ) 住所を離れた年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別がイ、ハ又はロに該当する場合は記載すること)	年 月 日 午 前 後 時 分	
(コ) 就業終了の年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別がイ、ハ又はロに該当する場合は記載すること)	年 月 日 午 前 後 時 分	
(カ) 就業の場所を離れた年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別がイ、ハ又はロに該当する場合は記載すること)	年 月 日 午 前 後 時 分	
(ク) 第三者行為災害	該当する・該当しない	
(ク) 健康保険日雇特別被保険者手帳の番号及び番号		(通常の移動の所要時間 時間 分)
(ク) 転任の事実の有無(災害時の通勤の種別がニ又はロに該当する場合)	有・無	(ツ) 転任直前の住居に係る住所

療養の内訳及び金額		傷病の経過	
基本療養費	1 看護 師 等 円× 日 円 2 看護 師 円× 日 円 3 専門の看護を受けた看護士 円× 日 円 4 理学療法士等 円× 日 円 加算 円 加算 円 加算 円 加算 円	指示期間	年月日～年月日 / 年月日～年月日 節 節 日 日
精神科基本療養費	1 看護 師 等 円× 日 円 2 作業療法士 円× 日 円 3 看護 師 円× 日 円 加算 円 加算 円 加算 円 加算 円	1 2 3 4 5 6 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	主治医への直近報告年月日 年 月 日
療養費	初 日 円 2 日 以後 日 円 加算 円 加算 円 加算 円 加算 円	提供した情報の概要	
情報提供療養費	円	情報提供元の名称	
ターミナルケア療養費	ターミナルケア療養費 円 加算 円 死亡年月日 年 月 日	専門の研修	基本療養費 1 緩和ケア 2 褥瘡ケア 3 人工肛門・人工膀胱ケア 専門管理 加算 1 緩和ケア 2 褥瘡ケア 3 人工肛門・人工膀胱ケア 4 特定行為 ()
合 計	円	手帳書交付年月日	直近見直し年月日 年 月 日

(注意)

- 共通の注意事項
 - この請求書は、訪問介護事業者から訪問介護を受けた場合に提出すること。
 - (中)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。
 - (ハ)は、請求人が健康保険の日雇特別被保険者でない場合には、記載する必要がないこと。
- 傷病年金の受給権者が当該傷病に係る療養の費用を請求する場合以外の場合の注意事項
 - ①は、記載する必要がないこと。
 - 第2回以後の請求の場合には、(ハ)から(ヨ)まで、(ソ)及び(ツ)については記載する必要がなく、また事業主の証明は受ける必要がないこと。
- 傷病年金の受給権者が当該傷病に係る療養の費用を請求する場合の注意事項
 - ③、④、⑦並びに(ハ)から(タ)まで、(ソ)及び(ツ)は記載する必要がないこと。
 - 事業主の証明は受ける必要がないこと。
- 「療養の内訳及び金額」の各欄に書き切れない場合は、余白に記載するか、別紙を添付すること。

有	有の場合のその数 (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)	加入年月日 年 月 日
労働保険番号(特別加入)		

派遣元事業主証明欄	派遣元事業主が証明する事項(表裏の両面に(チ)(通常の通勤の経路及び方法に限る。)、(リ)、(ス)、(ル)、(ワ)、(カ)、(キ)及び(ツ))の記載内容について事実と相違ないことを証明します。 事業の名称 電話() - 年月日 事業場の所在地 〒 - 事業主の氏名 (法人その他の団体であるときはその名称及び代表者の氏名)
-----------	--

社会保険 労働者 記載欄	代表年月日・届出代行者・事業代表者の表示	氏 名	電話番号
		() -	

※コピーして使用することはできません。
●労災保険指定訪問看護事業者以外の事業者から訪問看護を受けた場合に使用します。