

労 災 保 険

指 定 薬 局 の 手 引

(令和4年版)

レセプト電算処理システム未対応

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
(7) 労働災害を誤って健康保険で治療等を受けた場合.....	5
第 2 労災医療の事務取扱	7
1 労災保険指定薬局	7
(1) 指定薬局の制度.....	7
(2) 労災保険指定薬局療養担当契約事項.....	7
(3) 処方時の確認.....	7
(4) 療養担当方針.....	8
(5) 労働災害に対する健康保険の使用.....	8
(6) 交通事故などの第三者行為災害による保険請求.....	8
(7) 処方箋の保存.....	9
(8) 名称・住所、振込先の変更手続.....	9
(9) 休止、再開.....	9
2 レセプトの作成・提出	10
(1) 請求書の分類.....	10
(2) 請求書の作成単位.....	10
(3) 請求書の提出先・提出期限.....	12
(4) レセプト等の記入時の留意点(共通事項).....	12
(5) 審査・支払・保留.....	19
(6) 薬剤費請求権の時効.....	19
(7) 関係連絡先.....	19
3 アフターケア制度	21
(1) 制度の趣旨.....	21
(2) 対象者.....	21
(3) 措置の範囲.....	21
(4) 処方時における留意点.....	22
(5) 請求手続及び算定時の留意事項.....	22

第3	資料	27
	（各種パンフレットの入手方法）.....	27
1	労災保険指定薬局療養担当契約事項.....	28
2	届出関係様式.....	30
第4	その他	45
1	労災レセプト電算処理システムのご案内.....	45

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」の「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・薬局等(以下「指定医

療機関等」といいます。)で、無料で治療や薬剤の支給等を受けられません(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。

残存障害が、障害等級表に掲げる**障害等級に該当するとき**、その障害の程度に応じて、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、要件によって、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。

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	療養補償給付及び複数事業労働者療養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・薬局等 (を経て所轄労働基準監督署長)
	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(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)	
	療養補償給付及び複数事業労働者療養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)	
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)	所轄労働基準監督署長
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
- 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、以下のような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、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。

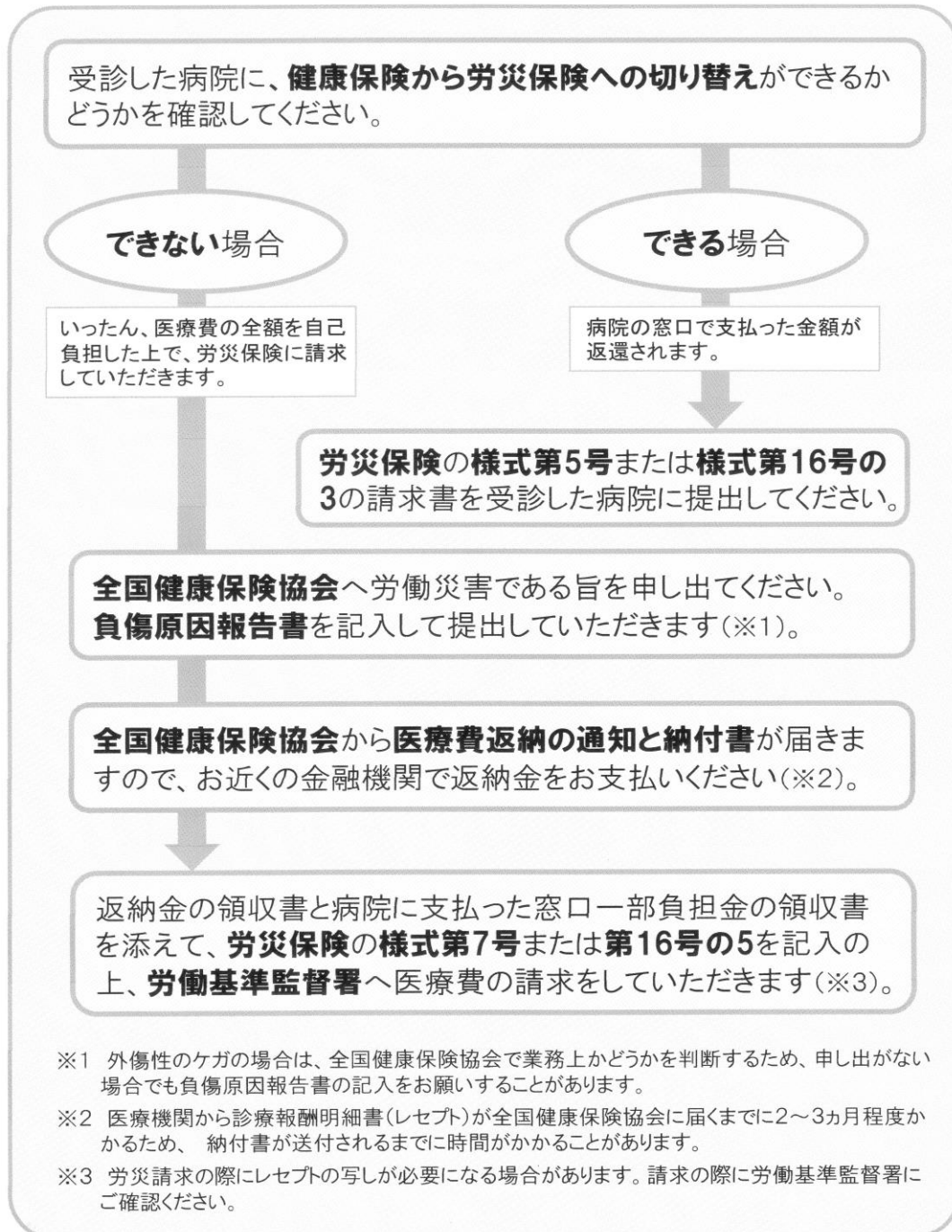
(7) **労働災害を誤って健康保険で治療等を受けた場合**

労働災害であるにもかかわらず、労災保険による給付を受けるための請求を行わず、健康保険を使って治療を受ける方がみられますが、健康保険は、労働災害とは関係のない傷病に対して支給されるものです。

誤って健康保険で労災保険指定医療機関にかかってしまった方に対しては、次の図にあるような手続を指導していますので、指定医療機関においては、手続へのご協力をお願いしています。

指定薬局で薬を受け取っている場合も、かかった費用は労災保険で補償されますので、指定医療機関と同様の切替手続を行うことになります。

労働災害であるにもかかわらず、誤って健康保険で病院にかかってしまった場合の手続き



第2 労災医療の事務取扱

1 労災保険指定薬局

(1) 指定薬局の制度

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、薬局と薬局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、個々の労働者に薬剤費を直接負担させることなく、薬局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取っています。

なお、薬剤費の算定については、健康保険法の規定による療養に要する費用の額の算定方法の別表第3調剤報酬算定表により行うことになっていきます。

(2) 労災保険指定薬局療養担当契約事項

労災保険指定薬局にかかる指定契約については、具体的には、管轄労働局長と労災指定薬局との間で、「労災保険指定薬局療養担当契約事項」により、指定薬局の任務を始めとして、薬剤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。

「労災保険指定薬局療養担当契約事項」については、28～29 ページを参照してください。

(3) 処方時の確認

労働者が、労災保険での薬剤の給付を求めてきたとき、指定薬局として、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 初めての受診の場合

「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)(34～35 ページ、39～40 ページ参照)

労働者にとって、初めての指定薬局のときに持参させてください。以前の薬局が非指定薬局の場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。

なお、「療養(補償)給付たる療養の給付請求書」は、労災指定医療機関に提出したものの写しでも差し支えありません。(ただし、②指定病院等の名称・所在地は、指定薬局の名称・所在地を記入します。)

イ 他の指定薬局からの変更の場合

「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、様式第16号の4)(36 ページ、41 ページ参照)

指定薬局から指定薬局への変更の場合、「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回目の薬剤費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。

なお、それまでレセプト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**になります。

(4) 療養担当方針

薬剤の支給にあたっては、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が交付した処方箋に基づいて調剤すること。

イ 指定薬局は、被災労働者が**詐欺その他不正行為**により薬剤の支給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監督署長に通知**すること。

(5) 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。薬局の窓口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、薬局として煩雑な事務を強いられること。

(6) 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%で補われること(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、薬剤費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摘要欄に「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。

(7) 処方箋の保存

指定薬局は、傷病労働者に対する療養の給付に関する処方箋に、療養の給付請求書に記載されている労働保険番号又は年金証書番号及び事業場の名称を記載し、その完結の日から3年間保存してください。

(8) 名称・住所、振込先の変更手続

労災保険指定薬局療養担当契約事項12により、下記事項の①及び②の場合は、「労災保険指定薬局変更届」(32ページ)を、①、③、④及び⑤の場合は、「指定・指名機関登録(変更)報告書」(診機様式第22号、23号)(30、31ページ)を長崎労働局へ提出してください。

- ① 薬局を廃止したとき
- ② 管理薬剤師に異動があったとき、名称又は所在地に変更があったとき
- ③ 開設者の氏名又は住所が変更されたとき
- ④ 薬局の名称が変更されたとき
- ⑤ 支払いを受ける金融機関又は口座を変更したとき

【留意事項】

- ・ 長崎労働局(労災補償課 医療係)へ提出してください。
- ・ 「労災保険指定薬局変更届」については、様式をコピーして使用してください。
- ・ 薬局を廃止したときは、「労災保険指定薬局変更届」の「変更」の文字を「廃止」と訂正の上、「指定・指名機関登録(変更)報告書」と併せて提出してください。

(9) 休止、再開

休止又は再開を希望する場合は、「労災保険指定薬局休止・再開届」(33ページ)(コピーして使用可)を提出してください。

2 レセプトの作成・提出

(1) 請求書の分類

薬剤費請求書は、薬剤費請求内訳書(以下「レセプト」といいます。)を、「初回請求分」と「継続請求分」に分けて綴じた上、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、最初に処方したレセプト
- ② 非指定薬局から変更し、最初に処方したレセプト
- ③ 再発した場合で、最初に処方したレセプト
- 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に処方したレセプト

【添付書類】

- 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 他の指定薬局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】

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)

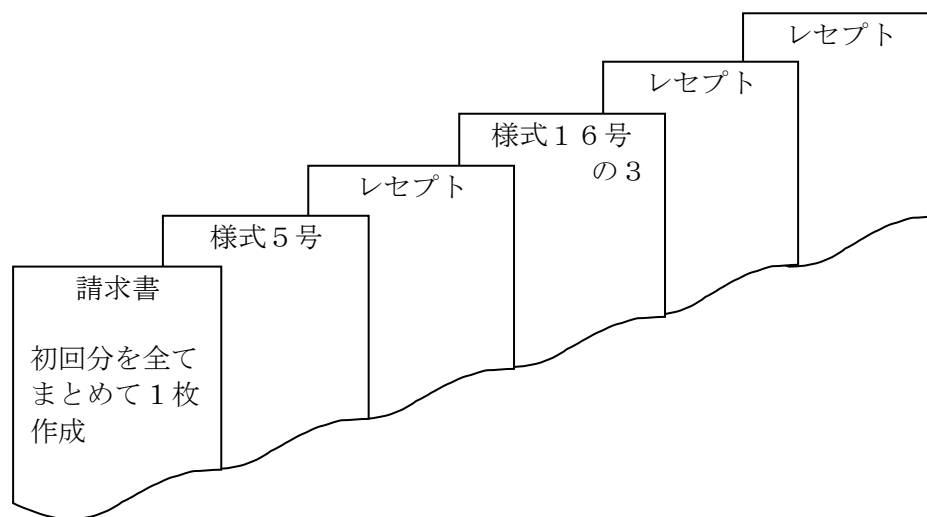
(2) 請求書の作成単位

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。

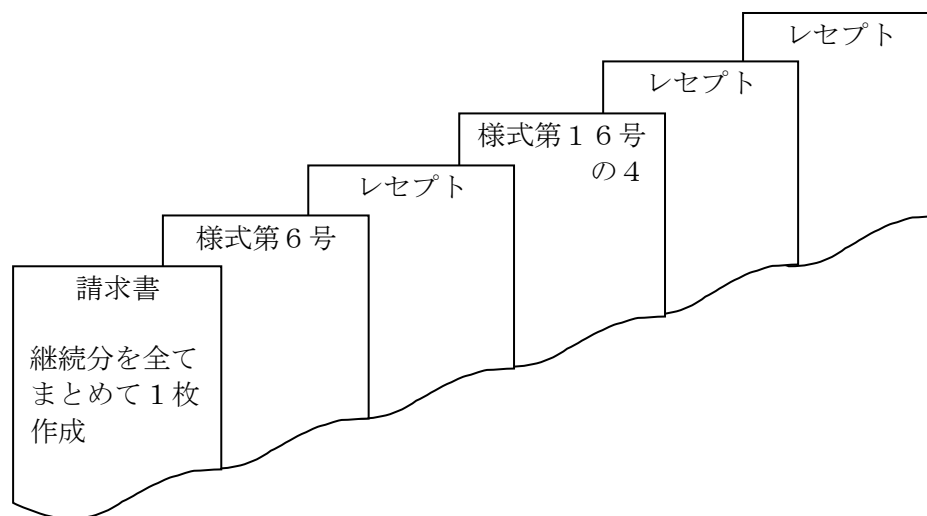
2回目以降請求分についても、その**全てを一つにとりまとめて**ください。

ア 薬剤費請求書、様式第5号、様式第16号の3、様式第6号、様式第16号の4及びレセプト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) 帳票の左側の2つ目と3つ目の穴をコヨリなどの紐で綴じてください。
- (イ) ステープラー(ホッチキス)は使用しないでください。
- (ウ) 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。
- (エ) 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。
- (オ) 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**指定薬局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)

095-801-0019 (レセプト審査係)

イ 提出期限

紙媒体によるものは、当分の間、翌月11日必着(休日・祝日にあたる場合は翌開庁日)

なお、12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) 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 薬剤費については、「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 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。

薬剤費請求書

■ 指薬機様式第1号

※標準字体 0123456789

労働者災害補償保険薬剤費請求書

帳票種別 3 4 7 2 9	※修正項目番号 <input type="text"/>	① 指定薬局の番号 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	② ※受付年月日 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>1~9月まで 1~9月まで 1~9日まで</small>
---	---------------------------------	---	--

③ 請求金額 千 百 十 百 十 百 十 百 十 百 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 金額の頭に¥マークを付けてください。	④ 内訳書添付枚数 枚 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
---	--

⑤ 請求年 年 月 日
1~9月まで 1~9月まで

※修正欄

_____ほか_____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。

_____年 _____月 _____日

郵便番号 _____

住 所
(所在地) _____

請求人の 名 称
(指定薬局) _____

開設者氏名 _____

_____ 労働局長 殿
(_____) 署分

電話番号 _____ - _____ - _____

受付印

(物品番号 72224) 31.4

※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。

労働者災害補償保険薬剤費請求書（診機様式第1号）帳票種別34729

【記載要領】

「① 指定薬局の番号」

指定薬局の番号は、薬局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。指定薬局の番号の記載を誤りますと、誤った薬局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」

薬局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）及びレセプト続紙は、枚数の中に算入しないでください。

「⑤ 請求年」・「⑥ 請求月」

レセプトのうち、最新の診療の元号、年と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。

「請求人の開設者氏名」欄について、押印は不要です。

薬剤費請求内訳書（診機様式第2号）帳票種別34730

【記載要領】

「② 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。

「④ 生年月日」「⑤ 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。

「⑧ 投薬期間」

元号をコードで記入したうえで、投薬期間を記入してください。投薬期間が1日の場合も末日は記入してください。

「⑩ 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」、①、③、⑥、⑦、⑨及び⑩欄は、記入しないでください。

薬剤費請求内訳書（診機様式第3号）帳票種別34731

【記載要領】

「② 年金証書の番号」

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。

「⑥ 投薬期間」

元号をコードで記入したうえで、投薬期間を記入してください。投薬期間が1日の場合も末日は記入してください。

「⑨ 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」、①、③、④、⑤、⑦及び⑧欄は、記入しないでください。

(5) 審査・支払・保留

提出された薬剤費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、「薬剤費通知書」により、各被災者の「労働保険番号」、「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薬局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、「薬剤費通知書」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。

(6) 薬剤費請求権の時効

指定薬局の薬剤費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、調剤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薬剤費の請求権を失うこととなります。

(7) 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」

3 アフターケア制度

(1) 制度の趣旨

労災保険においては、「治ゆ」（症状固定）の後においても、再発や後遺障害に伴う新たな病気の発症を防ぐため、必要に応じて、診察や保健指導、検査などを行い、円滑な社会生活を営んでいただくことを目的として「アフターケア」を実施しています。

(2) 対象者

対象傷病については、せき髄損傷など**20種類**あり、一定の障害等級などを対象者の要件としています。

	対 象 傷 病	コード番号
①	せき髄損傷	01
②	頭頸部外傷症候群等（頭頸部外傷症候群、頸肩腕障害、腰痛）	21、22、23
③	尿路系障害	24、25
④	慢性肝炎	26、27
⑤	白内障等の眼疾患	05
⑥	振動障害	06
⑦	大腿骨頸部骨折及び股関節脱臼・脱臼骨折	07
⑧	人工関節・人工骨頭置換	08
⑨	慢性化膿性骨髄炎	09
⑩	虚血性心疾患等	28、29
⑪	尿路系腫瘍	11
⑫	脳の器質性障害	30、31、32、33、34
⑬	外傷による末梢神経損傷	14
⑭	熱傷	15
⑮	サリン中毒	16
⑯	精神障害	17
⑰	循環器障害	35、36、37
⑱	呼吸機能障害	19
⑲	消化器障害	20
⑳	炭鉱災害による一酸化炭素中毒	00

制度の内容等については、**パンフレット**『『アフターケア制度』のご案内』を参照してください。

(3) 措置の範囲

アフターケアは、療養の一環ではなく、あくまでも治ゆ後の「ケア」であるため、措置の範囲も**療養期間中（症状固定前）と同様に受けられるものではなく、範囲が限られています。**

なお、範囲外のため査定対象となる措置の事例については、次のようなものがあります。

- (例 1) 頭頸部外傷症候群等に係るアフターケアの対象者に対して、週に1回の診察を継続して行っている場合など、定められた診察の回数を著しく超えた場合。
- (例 2) 白内障等の眼疾患に係るアフターケアの対象者に対して、眼処置をしている場合など、処置が認められていない対象傷病に対して処置を行っている場合。
- (例 3) せき髄損傷に係るアフターケアの対象者に対する点滴(褥瘡処置後を含む)、頭頸部外傷症候群等に係るアフターケアの対象者に対する痛み止めの注射等、注射が認められていない傷病に対して注射を実施している場合。
- (例 4) せき髄損傷に係るアフターケアの対象者に対する腹部超音波検査、頭頸部外傷症候群等に係るアフターケアの対象者に対する聴力検査等、範囲に定められた検査以外の検査を実施している場合。
- (例 5) 頭頸部外傷症候群等に係るアフターケアの対象者に対して、通院精神療法を実施している場合。
- (例 6) 糖尿病、高血圧症等に対する投薬をされる等、傷病ごとに定められた薬剤以外の薬剤を投与した場合。(仮に糖尿病・高血圧症が業務上の負傷に起因したとしても、糖尿病等をアフターケアの対象とはしていないため、該当する各傷病に定められた薬剤以外は認められないこととなります。)

(4) 処方時における留意点

アフターケアの対象者に対しては、「健康管理手帳」を交付していますので、処方の都度提示を求めてください。この際、少なくとも手帳番号、手帳有効期限、労働局長の印については確認してください。

治ゆ後間もない場合は、健康管理手帳が間に合わない場合もありますので、その場合は、所轄労働局又は所轄労働基準監督署に照会してください。

(5) 請求手続及び算定時の留意事項

薬剤費と同様、毎月11日までに請求書及びレセプトを長崎労働局に提出してください。

なお、アフターケア委託費の算定にあたっては、労災薬剤費の算定と同様の方法により算定します。

委託費請求書（薬局用）

実務要領様式第6号

0123456789

アフターケア委託費請求書（薬局用）

振込銀行 37701	申請店コード <input type="text"/>	① 申請種別 <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	② 受付年月日 受付 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <small>年・月・日はそれぞれ右詰め</small>														
③ 指定薬局の番号 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																	
④ 請求金額 <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td>千</td><td>百</td><td>十</td><td>元</td><td>角</td><td>分</td><td>厘</td> </tr> <tr> <td>¥</td><td>¥</td><td>¥</td><td>¥</td><td>¥</td><td>¥</td><td>¥</td> </tr> </table> <small>金額の頭にマスを付けてください。</small>		千	百	十	元	角	分	厘	¥	¥	¥	¥	¥	¥	¥	⑤ 内訳書添付枚数 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
千	百	十	元	角	分	厘											
¥	¥	¥	¥	¥	¥	¥											
⑥ 請求年 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	⑦ 請求月 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	⑧ 郵便番号 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>															

_____ はか _____ 名に対する委託費の内容は、別紙内訳書のとおり。

上記の金額を請求します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

郵便番号 _____

住 所
(所在地)

請求人の
(指定薬局) 名 称 _____

代表者氏名 _____

電話番号 _____

_____ 薬局長 印

受付印

(物品番号 81202) 1.5

※コピーして使用することはできません。

アフターケア委託費請求書(薬局用)(実施要領様式第6号) 帳票番号37701

【記載要領】

「委託費請求書(表紙)」の作成

何人分・何か月分あったとしても、請求する際に一枚作成してください。

対象者(レセプト)毎に作成したり、遡って数か月分請求する場合も月毎に作成したりする必要はありません。

「⑥ 請求年」

元号「9」(令和)を必ず記載してください。

「⑥ 請求年」「⑦ 請求月」

数か月分をまとめて請求する場合の⑥、⑦欄の記載は、レセプトの中で最も新しい処方年月を記載してください。

その他については、労災薬剤費に準じてください。

「請求人の(指定薬局)代表者氏名」欄について、押印は不要です。

委託費請求内訳書（薬局用）

実施要領様式第6号の2

※標準字体

アフターケア委託費請求内訳書（薬局用）

職員記入欄

帳票種別 <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/>		修正項目番号 <input type="text" value=""/>	① 支払額 百万 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 円				
② 健康管理手帳番号 西暦年 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 所轄局 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 傷病番号 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 振出番号 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 枝番号 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>					③ 増減理由 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>		
④ 処方年月日 7平成 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 元号 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 年 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 月 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 日 9令和 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 年 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 月 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 日 <small>年・月・日はそれぞれ右詰め</small>			⑤ 査定額 +増 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 百万 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 千 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 円 -減 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 百万 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 千 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 円				
⑥ 処理区分 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>		⑦ 決定年月日 9令和 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 年 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 月 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 日					
⑧ 合計額 百万 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 千 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 円			修正欄 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>				
受診者の氏名		病院名称					
薬局の名称		又は診療所の所在地					
対象となるアフターケア傷病コード		裏面の表の傷病コードを記入してください					
調剤年月日		年 月 日					
調剤年月日		摘要					
剤型	処方			単剤薬剤料	調剤数量	調剤料点	調剤報酬点数点
内服							
屯服							
その他							
内服							
屯服							
その他							
内服							
屯服							
その他							
内服							
屯服							
その他							
調剤基本料	指導料			合計		点	

(物品番号 81205) 2.5

※コピーして使用することはできません。

アフターケア委託費請求内訳書(薬局用)(実施要領様式第6号の2)

帳票番号 3 7 7 1 0

【記載要領】

「委託費請求内訳書」の作成

労災診療費は1人1か月に1枚作成しますが、アフターケアでは1処方日につき、レセプト1枚を作成します。

「② 手帳番号」

健康管理手帳番号欄には、健康管理手帳により確認した13桁の番号を記載してください。番号欄に、空欄・ハイフンは入りません。

なお、**健康管理手帳が、更新・再交付されると「枝番号」が変わります。**

「④ 処方年月日」

元号欄に「9」(令和)を必ず記載してください。

その他については、労災薬剤費に準じてください。

第3 資料

1 労災保険指定薬局療養担当契約事項

2 届出関係様式

「指定・指名機関登録（変更）報告書」

「労災保険指定薬局変更届」

「労災保険指定薬局休止・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(2)	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（薬局用）
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(2)	療養給付たる療養の費用請求書（薬局用）

※ 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



労災保険指定薬局療養担当契約事項

(昭和 39 年 2 月 20 日付け基発第 185 号)

最終改定 平成 23 年 6 月 24 日付け基発 0624 第 1 号

(療養の給付等の担当)

- 1 労災保険指定薬局（以下「指定薬局」という。）は、労働者災害補償保険法第 13 条第 2 項第 2 号、第 22 条第 2 項及び第 29 条第 1 項に基づく療養（補償）給付、社会復帰促進等事業に係るアフターケア及び外科後処置のうち、薬剤の支給を行うこと。

(療養の給付請求書等の処理)

- 2 指定薬局は、傷病労働者から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」（告示様式第 5 号）又は「療養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、緊急や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、この限りでないこと。この場合においては、その事由がやんだ後、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、年金証書の確認についても同様の取扱いとすること。

傷病労働者から提出された療養の給付請求書は、その者の所属する事業場の所任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、指定薬局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」という。）を経由し、提出すること。

また、「労働者災害補償保険薬剤費請求書」及び「薬剤費請求内訳書」（指薬機様式 1 号、2 号）（以下「薬剤費請求書等」という。）については、所轄労働局長に提出すること。

(療養給付等の担当方針)

- 3 指定薬局は、傷病労働者の診療を担当した医師が交付した処方箋に基づいて調剤すること。

(所轄監督署長への通知)

- 4 指定薬局は、傷病労働者が詐欺その他不正行為により薬剤の支給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監督署長に通知すること。

(薬剤費の算定)

- 5 指定薬局が行う薬剤の支給に関する費用の額は、健康保険法の規定による療養に要する費用の額の算定方法（平成 20 年 3 月 5 日付け厚生省告示第 59 号）の別表第 3 調剤報酬算定表により算定した額とすること。

(薬剤費の請求)

- 6 指定薬局は、薬剤の支給に関する費用について、薬剤費請求書等により、毎月分につき、その翌月 10 日（※12 ページ参照）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薬剤の支給を行った場合
 - (2) 関係法令又は本契約事項に違反して薬剤の支給を行った場合
- (アフターケア及び外科後処置に係る薬剤費の請求等)
- 7 アフターケア及び外科後処置に係る薬剤費の支給に関する費用の請求及びその様式については、それぞれ別に通達で定めるところによること。

(処方箋の保存)

- 8 指定薬局は、傷病労働者に対する療養の給付に関する処方箋に、療養の給付請求書に記載されている労働保険番号又は年金証書番号及び事業場の名称を記載し、その完結の日から3年間保存すること。

(指定期間)

- 9 指定期間は、指定の日から原則として3年とする。ただし、指定期間満了の日前6月より同日前3月までの間に指定薬局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。

(標札の掲示)

- 10 指定薬局は、労働者災害補償保険法施行規則に定める様式第3号による標札を見やすい場所に掲げること。

(指定の取消)

- 11 指定薬局が、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) 薬剤の支給に要した費用の請求については、不正行為があったとき
- (2) 関係法令又は本契約事項に違反したとき
- (3) その他指定薬局として存続させることが不適当と認められる行為のあったとき

(変更の届出)

- 12 指定薬局の開設者は、次の各号の一に掲げる事由が生じたときは、速やかにその旨及びその年月日を所轄労働局長に届け出ること。

- (1) 薬局を廃止、休止若しくは薬局を再開したとき
- (2) 管理薬剤師に異動があったとき
- (3) 開設者の氏名又は住所が変更されたとき
- (4) 薬局の名称が変更されたとき
- (5) 支払いを受ける金融機関又は口座を変更したとき

(施行期日等)

- 13 平成23年6月24日付け基発0624第1号による改正後の本契約事項は、平成23年10月1日から実施し、施行日前に指定した指定薬局にも適用する。

ただし、施行日前に指定した指定薬局であって、外科後処置に係る薬剤の支給を行わない場合には、所轄労働局長に書面による申し出を行うことで、本契約事項を適用せずなお従前の例によることとする。

(標札)

様式
第三号



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

指定・指名機関登録(変更)報告書

機 種 別	①用コード	②指定・指名番号(変更番号)は併記 ③指定・変更の別	④機種	
34566			1-郵便 2-定額 3-郵便	決 算 保 長 保 長 保
※アフィリエイト委託書の届出情報(口座番号)と異なる場合に記入してください。				
⑤送金機関名	銀行 名義 組合	⑥送金店名	⑦金融機関コード ⑧支店コード ⑨支店コード	
⑩送金種別 ⑪普通-1 ⑫普通-2	⑬送金口座番号(支店の)		⑭	
⑮口座番号(カタカナ)：本人の口座と別の場合は1字あけて記入してください。また、お預めで支店の番号まで続けて記入してください。				
⑯(フリガナ)				
⑰(フリガナ)				
⑱(フリガナ)				
上記のとおり報告します。				
提出年月日 年 月 日				
指定・指名機関の名称				
代表者の氏名				

口座開設(アフィリエイト)の届出情報(口座番号)と異なる場合に記入してください。

送金口座番号はカタカナで記入してください。(フリガナは記入しません。)

※コピーして使用することはできません。

労災保険指定薬局変更届

変 更 事 項	
変 更 前	
変 更 後	
変 更 事 由	
変 更 年 月 日	年 月 日

上記のとおり変更しましたのでお届けします。

年 月 日

指定薬局番号 4 2

名 称 _____

所 在 地 _____

開設者氏名 _____

長崎労働局長 殿

労災保険指定薬局休止・再開届

指定薬局	名 称	
	所在地	

上記の薬局について、下記の理由により労働者災害補償保険法施行規則第11条第1項の規定による薬局として休止・再開するので届出いたします。

休止・再開年月日	年 月 日
休 止 す る 理 由	
休 止 予 定 期 間	年 月 日～ 年 月 日

年 月 日

指定薬局番号 4 2

名 称 _____

所 在 地 _____

開 設 者 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
 業務災害用
 複数事業場因災害用
 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

裏面に記載してある注意
 事項をよく読んで上で、
 記入してください。

標準字体	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	°	ー	
	ア	イ	ウ	エ	オ	カ	キ	ク	ケ	コ	サ	シ	ス
	ネ	ノ	ハ	ヒ	フ	ヘ	ホ	マ	ミ	ム	メ	モ	ヤ
	ユ	ヨ	ラ	リ	ル	レ	ロ	ワ	ン				

※ 標準字体で記入してください。

① 報告種別 ② 管轄局 ③ 業種 ④ 処理区分 ⑤ 受付年月日

⑥ 労働者番号 ⑦ 職業 ⑧ 支給・不支給決定年月日

⑨ 性別 ⑩ 労働者の生年月日 ⑪ 負傷又は発病年月日 ⑫ 請求 ⑬ 再発年月日

⑭ 労働者名 ⑮ 再発年月日 ⑯ 再発年月日 ⑰ 再発年月日 ⑱ 再発年月日

⑲ 氏名 ⑳ 住所 ㉑ 職業 ㉒ 傷病又は発病の時刻

㉓ 指定病院等の名称 ㉔ 所在地 ㉕ 電話

㉖ 傷病の部位及び状態

㉗ 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。

労働基準監督署長 殿

請求人の 住所 () 力

氏名

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	

こ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。

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④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、④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でない疾病以外は、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

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">病 院</td> <td style="width: 20%;">所 在 地</td> <td style="width: 50%;">〒 _____</td> </tr> <tr> <td>診 療 所</td> <td>経 由</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>薬 局</td> <td></td> <td>電話() _____</td> </tr> <tr> <td>訪問看護事業者</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	病 院	所 在 地	〒 _____	診 療 所	経 由	_____	薬 局		電話() _____	訪問看護事業者			住 所 _____ 方
病 院	所 在 地	〒 _____											
診 療 所	経 由	_____											
薬 局		電話() _____											
訪問看護事業者													
届出人の 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 午 前 後 時 分 頃
府 県	所 掌	管 轄	基 幹 番 号	枝 番 号		
.....	生年月日 _____年 月 日(歳)	
② 年金証書の番号					住 所	
管 轄 局	種 別	西 曆 年	番 号			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)どのような不安全な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) _____			
		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	_____				

※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（薬局用）（裏面）

様式第7号(2) (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	(ヘ) 職名
	午前 午後 時 分頃	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

病院又は診療所の名称	所在地
担当医氏名	1. 3.
	2. 4.

医師番号	処方月日	調剤月日	処 方		調剤数量	調剤報酬点数			
			医薬品名・規格・用量・剤型・用法	単位薬剤料(点)		薬剤調製料 調剤管理料(点)	薬剤料(点)	加算料(点)	
受付回数	回	摘要							
調剤基本料	(点)	時間外等加算	(点)	指導料	(点)	合計点数	(点)	合計金額	(円)

(注 意) 1. 共通の注意事項

- この請求書は、薬局から薬剤の支給を受けた場合に提出すること。
- 事項を選択する場合には、該当する事項を○で囲むこと。
- (二)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。
- 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
 - ④は、記載する必要がないこと。
 - (ヘ)は、災害発生の事実を確認した者(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。
 - (ハ)及び(ト)は、第2回以後の場合には記載する必要がないこと。
 - 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。
- 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
 - ③、⑥、⑦及び(ホ)から(ト)まで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。
- 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、選って請求されなかったものとみなすこと。
- ⑨「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。
- 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ること。

⑨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	社
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 加入年月日 年 月 日
労働保険番号(特別加入)	

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() —
	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。

療養給付たる療養の給付請求書（表面）

様式第16号の3(表面) 労働者災害補償保険 裏面に記載してある注意

標準字体 0 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 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

通動災害用 療養給付たる療養の給付請求書 事項をよく読んだ上で、記入してください。

ネ ノ ハ ヒ フ ヘ ホ マ ミ ム メ モ ヤ ユ ヨ ラ リ ル レ ロ ワ ン

※ 振込種別 ①管轄局番 ②業通別 ③保留 ④地理区分

3 4 5 9 0 3 1 3 1 3

⑤労働者番号 ⑥性別 ⑦労働者の生年月日 ⑧負傷又は発病年月日 ⑨受付年月日 ⑩就業 ⑪支給・不支給決定年月日 ⑫再発年月日 ⑬第三者 ⑭特別加入者

⑯労働者の氏名 ⑰住所 ⑱職種 ⑲健康保険日雇特例被保険者手帳の記号及び番号

⑳通動災害に関する事項 裏面のとおり

㉑指定病院等の名称 所在地 電話

㉒傷病の部位及び状態

㉓の者については、㉑及び裏面の(ロ)、(ハ)、(ニ)、(ホ)、(ト)、(チ)、(リ)(通常の通勤の経路及び方法に限る。)及び(フ)に記載したとおりであることを証明します。

事業の名称 所在地 電話

事業場の所在地 電話

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)

労働者の所属事業場の名称・所在地 電話

(注意) 1 事業主は、裏面の(ロ)、(ハ)及び(リ)については、知り得なかった場合には証明する必要がないので、知り得なかった事項の符号を消してください。
2 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。
3 派遣労働者について、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。

上記より療養給付たる療養の給付を請求します。

労働基準監督署長 殿

住所 () 氏名

請求人の 氏名

支不支給決定決議書

署長	副署長	課長	係長	係	決定年月日	・	・
					不支給の理由		
調査年月日	・	・	・	・			
復命書番号	第 号	第 号	第 号	第 号			

こ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。

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) 災害時の通勤の種別 (該当する記号を記入)	イ、住居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、イに先行する住居側の移動	ロ、就業の場所から住居への移動 ホ、ロに接続する住居側の移動
(ロ) 業務又は業務の年月日及び時刻	年 月 日 午 前 後 時 分	
(ハ) 災害発生 の 場所	(ニ) 就業の場所 (イ) 災害時の通勤の種別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	
(ニ) 住居を離れた年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別がロ、ホ又はハに該当する場合は記載すること)	年 月 日 午 前 後 時 分	
(イ) 就業終了の年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別がロ、ホ又はハに該当する場合は記載すること)	年 月 日 午 前 後 時 分	
(ロ) 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又はハに該当する場合は記載すること)	年 月 日 午 前 後 時 分	
(リ) 災害時の通勤の種別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地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 (イ) どのような災害を おこしたか (ロ) どのような方法で移動しているか (ハ) どのような状況で発生したか (ニ) どのような方法で発生したか (ホ) どのような方法で発生したか (イ) どのような方法で発生したか		
(ル) 現 場 者 の 姓 名	電 話 () - () - ()	
(ア) 雇 用 の 事 業 の 有 無 (災害時の通勤の種別がニ又はホに該当する場合は)	有 ・ 無	(ク) 雇 用 主 の 住 居 雇 用 主 の 住 居
◎その他就業先の有無		
有	有の場合その数 (ただし裏面の事業場を含まない)	
無	有の場合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(ただし裏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

[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、⑧欄並びに⑩及び⑪欄の番号については該当番号を記入枠に記入してください。)
- 傷病年金の受給権者が労働者にかかる療養の給付を請求する場合には、⑩労働保険番号欄に左記で年金番号を記入してください。また、⑩及び⑪は記入しなくても構いません。
- ⑩は、請求人が健康保険の日雇特別保険者でない場合には記載する必要はありません。
- (ホ)は、災害時の通勤の種別がハの場合には、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、接続するロ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、災害時の通勤の種別がハの場合には、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。
- (ア)は、災害時の通勤の種別がハの場合には、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図示し、災害発生の日に住居又は就業の場所から災害発生地の場所に至った経路を矢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(OJD)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。
- 「奥書」「上書き」などは大きく書き、縦点、半濁点は1文字として書いてください。

(例) キツテ →

キ	ツ	テ
---	---	---

 キョ →

キ	ヨ
---	---

 バ →

ハ

- | | | | |
|---|---|---|---|
| シ | ツ | ソ | ン |
|---|---|---|---|

 は斜線を書き始めるとき、小さくカギを付けてください。

- | |
|---|
| 1 |
|---|

 はカギを付けずに横直に、

4

 の2本の縦線以上で閉じないで書いてください。

派遣元事業主 証 明 欄	派遣元事業主が証明する事項(表面の特記並びに(ロ)、(ハ)、(ニ)、(ホ)、(ト)、(ア)、(リ)(通常の通勤の経路及び方法に限る。)及び(ア)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 <input type="text"/> 電話 () - () - ()
	事業場の所在地 <input type="text"/> 〒 () - () - ()
	事業主の氏名 <input type="text"/>
	(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 <input type="text"/> 氏 名 <input type="text"/> 電 話 番 号 <input type="text"/>

※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（表面）

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	経 由
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	
					の	午 前 後 時 分 頃
					職 種	
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給付を受ける指定病院等（変更）届（裏面）

様式第16号の4（裏面）

⑨その他就業先の有無		
有 無	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)
	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

〔注意〕

- 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○で囲むこと。
- 傷病年金の受給権者が当該傷病に係る療養に関しこの届書を提出するときは
 - ①、④及び⑤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。
- 傷病年金の受給権者が当該傷病に係る療養に関しこの届書を提出する場合以外の場合で、その提出が離職後であるときには事業主の証明は受ける必要がないこと。

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
			() —

※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（薬局用）（表面）

様式第16号の5(2)(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 0 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 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

※ 療養種別 ①管轄局番 ②薬通別 ③受付年月日 ④三書コード ⑤受任先支給 ⑥特別加入者 ⑦事業コード

3 4 2 6 1 3 1 業 3 通

③ 労働保険番号 ④ 管轄局 種別 百部年 番号

⑤ 労働者の性別 ⑥ 労働者の生年月日 ⑦ 事業又は発病年月日 ⑧ 全額負担 ⑨ 法別

⑩ 労働者の氏名 (カタカナ) ⑪ 労働者の住所 ⑫ 郵便番号

⑬ 新規・変更 ⑭ 療養の種類 ⑮ 口岸番号 (左部) ゆうち ⑯ 療育の番号 (右部) (5桁) は左部、番号が部で記入し、空欄は「0」を記入

⑰ 事業主の氏名 (イ) 傷病名 ⑱ 療養期間の初日 ⑲ 療養期間の末日 ⑳ 調剤数量

⑳ 療養の給付を受けなかった理由 ㉑ 療養に要した費用の額 (内訳裏面のとおり)

㉒ 療養期間の初日 ㉓ 療養期間の末日 ㉔ 調剤数量

上記より療養給付たる療養の費用の支給を請求します。

年 月 日 住所 (カ) 請求人の 氏名 労働基準監督署長 殿

※印の欄は記入しないでください。
 (「傷病」が記入します) ⑩裏面の注意事項を詳しく読んで記入してください。折り曲げる場合は、④の所を谷に折り、⑤の折り目まで折り込んでください。

(注意) 一、二、三、記入の部分は、必ず裏の平仮名とムーンを使用し、横書きで記入してください。
 一、二、三、記入の部分は、必ず裏の平仮名とムーンを使用し、横書きで記入してください。
 一、二、三、記入の部分は、必ず裏の平仮名とムーンを使用し、横書きで記入してください。

※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（薬局用）（裏面）

様式第16号の2(裏面)

(一) 災害時の通勤の種類 (該当する記号を記入)	イ、住居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、イに先行する住居間の移動	ロ、就業の場所から住居への移動 ホ、ロに後続する住居間の移動
労働者の (四) 所属事業場の 名称・所在地	(ハ) 住居 氏名 氏名 電話() —	
(三) 災害の原因及び発生状況	(ホ) 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(イ)どのような物で又はどのような状況において(ニ)どのような方法で災害が発生したか(イ)①と②が異なる場合はその理由を簡明に記載すること	
(五) 負傷又は疾病の年月日及び時刻	年 月 日 午 前 後 時 分 頃	(六) 災害時の通勤の種類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地の場所に至った経路、方法、経路その他の状況
(七) 災害発生時の場所		(九) 第三者行為災害 該当する・該当しない
(八) (災害時の通勤の種類がイ)に該当する場合は移動の始点たる就業の場所		
(九) 災害発生の予定年月日及び時刻	年 月 日 午 前 後 時 分 頃	
(十) (災害時の通勤の種類がイ、ハ又はニ)に該当する場合は記載すること	年 月 日 午 前 後 時 分 頃	
(十一) 住居を離れた年月日及び時刻	年 月 日 午 前 後 時 分 頃	
(十二) (災害時の通勤の種類がロ、ハ又はホ)に該当する場合は記載すること	年 月 日 午 前 後 時 分 頃	
(十三) 就業終了の年月日及び時刻	年 月 日 午 前 後 時 分 頃	
(十四) (災害時の通勤の種類がロ又はハ)に該当する場合は記載すること	年 月 日 午 前 後 時 分 頃	
(十五) 就業の場所を離れた年月日及び時刻	年 月 日 午 前 後 時 分 頃	
(十六) (災害時の通勤の種類がロ又はハ)に該当する場合は記載すること	年 月 日 午 前 後 時 分 頃	
(十七) 第三者行為災害		(十八) 搬送の所要時間 時間 分
(十八) 搬送機関(乗車)の種類	有・無	(十九) 搬送機関の住居に属する住居

療養の内訳及び金額

病院又は診療所の名称	所在地
担当医氏名	1. 3. 2. 4.

薬品番号	処方年月日	調剤月日	処 方		調剤数量	調剤報酬点数		
			医薬品名・規格・用量・剤型・用法	単剤薬剤料(円)		調剤管理料(円)	薬剤料(円)	加算料(円)
-	-	-						
-	-	-						
-	-	-						
-	-	-						
-	-	-						
交付回数	回		概要					
	調剤基本料	(点)	付加料等別算	(点)	給付料	(点)	合計点数	(点)
							合計金額	(円)

- (注) 1. 共通の注意事項
- (1) この請求書は、薬局から薬局の支給を受けた場合に提出すること。
 - (2) 事項を請求する場合には、該当する事項を○で囲むこと。
 - (3) (イ)は、労働者の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。
 - (4) (レ)は、請求人が健康保険の被保険者(被保険者でない場合は、記載する必要がないこと)。
2. 養病年金の受給権者が当該薬局に属する療養の費用を請求する場合は以下の事項を注意
- (1) 届出、記載する必要がないこと。
 - (2) 第2回以後の請求の場合には、(ヘ)から(コ)まで、(ソ)及び(タ)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。
3. 養病年金の受給権者が当該薬局に属する療養の費用を請求する場合は以下の事項を注意
- (1) (イ)、(ロ)、(ホ)及び(ヘ)から(タ)まで、(ソ)及び(タ)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。

区その他就業先の有無	
有	有の場合のその業(ただし表裏の事業場を含まない)
無	社
有の場合でいずれかの事業で特別加入している場合は特別加入日(ただし表裏の事業場を含まない)	加入年月日 年 月 日
労働保険番号(特約加入)	

派遣元事業主 証明欄	派遣元事業主が証明する事項(表裏の併記及び(イ)～(ウ)の適用の経路及び方法に限る。)、(ソ)、(タ)、(イ)、(ロ)、(ハ)、(ニ)、(ヘ)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() —
	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 労働士 記載欄	作成年月日・勤怠代行者・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。

第4 その他

1 労災レセプト電算処理システムのご案内

医療分野における情報化が進展し、健康保険等における診療報酬請求の電子化が図られる中、労災診療費・薬剤費においても、電子レセプトによる請求が可能となるよう、平成26年1月から労災レセプト電算処理システムが稼働しています。

このシステムは、現在使用している健康保険のオンライン請求で使用しているレセプトコンピューター（送信用コンピューター）を労災レセプト対応に改修することで利用することができるものです。（改修方法等については、お使いのレセプトコンピューターメーカーにご相談ください。）

導入・利用を開始していない医療機関・薬局におかれては、労災診療費・薬剤費における電子レセプト請求について、ご検討いただきますよう、お願い申し上げます。

労災指定医療機関・労災指定薬局の皆さまへ

労災レセプトのオンライン請求ができるようになりました

労災保険の労災診療費・労災薬剤費の請求が、平成26年2月請求分から、オンライン・電子媒体でできるようになりました。現在、健康保険のオンライン請求でお使いのレセプトコンピューター（送信用コンピューター）を労災レセプト対応に改修することで利用できます。

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

導入のメリット

1 査定結果・理由・支払額が分かります

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

2 事前にデータの不備をチェックできます

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

3 受付時間が延長されます

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

4 個人情報の流出防止などセキュリティが向上します

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

5 電子化による点数が算定できます

レセプト1件当たり、5点の労災電子化加算がされます。

（平成26年度労災診療費算定基準の改定に伴い、3点から5点に変更になりました）

（平成28年3月診療分までの予定です）

（薬剤費レセプトは対象となりません）



厚生労働省・都道府県労働局

オンライン請求開始までの手続き

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

届出書類の提出

都道府県労働局に届出書類を提出

※ 届出書類は、厚生労働省ホームページからダウンロードできます。

ID・パスワードの取得

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

設定作業・確認試験

レセプトコンピューターに「送信用ソフト」をセットアップして、確認試験を実施

※ 設定作業は、厚生労働省ホームページにある「セットアップマニュアル」をご覧ください。

※ 確認試験は必ず実施してください。

オンライン請求の開始

5～10日にオンライン請求

※ 請求前に送信データにて受付前点検の実施をお願いします。

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

- 届出・設定などの詳細は、
厚生労働省ホームページをご覧ください。

労災レセプト電算処理システム 

- ご不明な点は、ヘルプデスクにお問い合わせください。

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

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

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