

労 災 保 険

指 定 医 療 機 関 の 手 引

(令和8年6月改訂版)

長崎労働局労働基準部労災補償課

(長崎労働局ホームページ内に掲載)

URL:https://jsite.mhlw.go.jp/nagasaki-roudoukyoku/hourei_seido_tetsuzuki/rousai_hoken/rousai-hoken-kikan-23012603.html



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) 保険給付の手続き..... | 4 |
| (5) 治ゆ(症状固定)と再発..... | 5 |
| (6) 社会復帰促進等事業..... | 6 |
| (7) 労働災害について健康保険を使って治療を受けた場合..... | 7 |
| | |
| 第 2 労災医療の事務取扱 | 9 |
| 1 労災保険指定医療機関 | 9 |
| (1) 指定医療機関の制度..... | 9 |
| (2) 労災保険指定医療機関療養担当規程..... | 9 |
| (3) 初診時の確認..... | 9 |
| (4) 労災医療の診療方針..... | 10 |
| (5) 労働災害に対する健康保険の使用..... | 11 |
| (6) 交通事故などの第三者行為災害による保険請求..... | 11 |
| (7) 診療録の記載・整備..... | 12 |
| (8) 名称・住所、振込先の変更手続..... | 12 |
| (9) 休止、辞退..... | 13 |
| 2 レセプトの作成・提出 | 14 |
| (1) 請求書の分類..... | 14 |
| (2) 請求書の作成単位..... | 15 |
| (3) 請求書の提出先・提出期限..... | 17 |
| (4) レセプト等の記入時の留意点(共通事項)..... | 18 |
| (5) オンライン請求に関する問合せ..... | 18 |
| (6) 審査・支払・保留..... | 28 |
| (7) 診療費請求権の時効..... | 29 |
| (8) 関係連絡先..... | 29 |
| 再発給付請求添付資料..... | 30 |
| (9) レセプト記入例及び留意事項..... | 31 |
| 3 アフターケア制度 | 35 |
| (1) 制度の趣旨..... | 35 |
| (2) 対象者..... | 35 |
| (3) 措置の範囲..... | 35 |
| (4) 受診時における留意点..... | 36 |
| (5) 請求手続及び算定時の留意事項..... | 36 |
| (6) 「アフターケア実施期間の更新に関する診断書」の文書料..... | 37 |
| (7) アフターケア委託費請求権の時効..... | 37 |

| | |
|---------------------------------|-----------|
| (8) その他 | 37 |
| 4 二次健康診断等給付 | 42 |
| (1) 制度の概要 | 42 |
| (2) 労災保険二次健康診断等給付担当規程 | 42 |
| (3) 健診給付病院等になるための指定手続き | 42 |
| (4) 給付の要件 | 42 |
| (5) 支給要件 | 43 |
| (6) 給付に係る検査等の費用額 | 43 |
| (7) 給付に係る費用請求方法 | 43 |
| (8) 二次健康診断等に要した費用請求権の時効 | 43 |
| 第3 資料 | 47 |
| 1 担当規程 | 48 |
| (1) 労災保険指定医療機関療養担当規程 | 48 |
| (2) 労災保険二次健康診断等給付担当規程 | 55 |
| (3) 健診費用算定組合せ表 | 60 |
| (4) 特定保健指導の実施基準 | 61 |
| 2 届出関係様式 | 70 |
| 3 治療用装具等の取扱い | 75 |
| 4 保険給付請求書様式(主要なもののみ) | 76 |
| 第4 その他 | 98 |
| 1 労災レセプト電算処理システムのご案内 | 98 |
| 2 石綿関連疾患の疑いのある(元)労働者を診察された医師の方へ | 98 |

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、労働者の方々が仕事(業務)や通勤が原因で負傷した場合、病気になった場合、身体障害が残った場合、亡くなった場合に、本人や遺族が各種の保険給付が受けられる制度です。また、労災保険は、負傷した労働者、病気にかかった労働者の社会復帰促進、その労働者と遺族の援護、労働者の安全・衛生の確保等を図って、労働者の福祉の増進に役立つことを目的としています。

※労働者災害補償保険法(労災保険法)

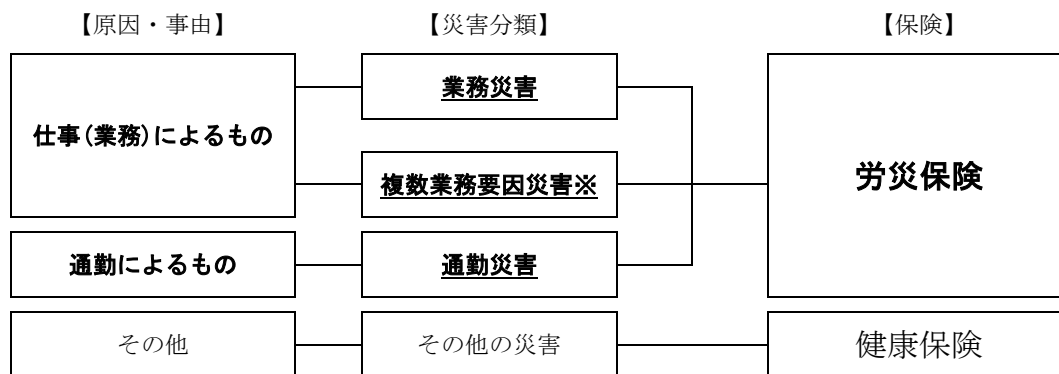
第一条 労働者災害補償保険は、**業務上の事由、事業主が同一人でない二以上の事業に使用される労働者(以下「複数事業労働者」という。)**の**二以上の事業の業務を要因とする事由又は通勤による**労働者の負傷、疾病、障害、死亡等に対して迅速かつ公正な保護をするため、必要な保険給付を行い、あわせて、業務上の事由、複数事業労働者の二以上の事業の業務を要因とする事由又は通勤により負傷し、又は疾病にかかった労働者の社会復帰の促進、当該労働者及びその遺族の援護、労働者の安全及び衛生の確保等を図り、もつて労働者の福祉の増進に寄与することを目的とする。

(2) 労災保険の対象

労災保険の対象となるのは、労働者の仕事(業務)又は通勤によるけが、病気、後遺障害又は死亡です。

労災保険の給付の対象になるかどうかは、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。



※複数業務要因災害とは、複数事業労働者の、二以上の事業の業務を要因とする傷病等のことをいいます。対象となる傷病等は、脳・心臓疾患や精神障害などです。(令和2年9月施行)

(3) 労災保険給付の種類

業務災害、複数業務要因災害及び通勤災害に関する保険給付は、下表のとおりです。

その他、業務災害、複数業務要因災害及び通勤災害に関連しない保険給付として、「二次健康診断等給付」(船員及び特別加入者は対象外)があります。

| 業務災害 | 複数業務要因災害 | 通勤災害 |
|--------|-------------|------|
| 療養補償給付 | 複数事業労働者療養給付 | 療養給付 |
| 休業補償給付 | 複数事業労働者休業給付 | 休業給付 |
| 障害補償給付 | 複数事業労働者障害給付 | 障害給付 |
| 遺族補償給付 | 複数事業労働者遺族給付 | 遺族給付 |
| 葬祭料 | 複数事業労働者葬祭給付 | 葬祭給付 |
| 傷病補償年金 | 複数事業労働者傷病年金 | 傷病年金 |
| 介護補償給付 | 複数事業労働者介護給付 | 介護給付 |

ア 療養(補償)等給付※

※「療養(補償)等給付」とは、療養補償給付、複数事業労働者療養給付及び療養給付をまとめた略称です。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)等給付が支給されます。

療養(補償)等給付には、「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、労災病院や労災保険指定医療機関・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などを受けられます(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)等給付は、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。

イ 休業(補償)等給付

労働者が、業務又は通勤が原因となった負傷や疾病による療養のため労働することができず、そのために賃金を受けていないとき、その第4日目から、休業(補償)等給付が支給されます。

なお、休業の初日から第3日目までを待期期間といい、この間は業務災害の場合、事業主が労働基準法の規定に基づく休業補償(1日につき平均賃金の60%)を行います。

(船員については、労災保険に加え、船員保険から給付される場合もあります。)

ウ 障害(補償)等給付

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)等給付が支給されます。

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、それぞれ次のとおり支給されます。

●障害等級第1級から第7級に該当するとき…障害(補償)等**年金**

●障害等級第8級から第14級に該当するとき…障害(補償)等一時金
(船員については、労災保険に加え、船員保険から給付される場合もあります。)

エ 遺族(補償)等給付、葬祭料等(葬祭給付)

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)等給付が支給されます。また、葬祭を行った遺族などに対して、葬祭料等(葬祭給付)が支給されます。

遺族(補償)等給付には、遺族(補償)等年金と遺族(補償)等一時金の2種類があります。

(船員については、労災保険に加え、船員保険から給付される場合もあります。)

オ 傷病(補償)等年金

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、次の要件に該当するとき、傷病(補償)等年金が支給されます。

①その負傷又は疾病が治っていないこと。

②その負傷又は疾病による障害の程度が傷病等級表の傷病等級に該当すること。

カ 介護(補償)等給付

障害(補償)等年金又は傷病(補償)等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)等給付が支給されます。

キ 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。

なお、一次健康診断の担当医師により、「異常なし」と診断された場合であっても、労働安全衛生法に基づき事業場に選任されている産業医等が、就業環境等を総合的に勘案し、異常の所見があると判断した場合には、産業医等の意見を優先します。

ク 労災保険制度の概要に関する各種パンフレット

厚生労働省ホームページに、以下のパンフレットを掲載していますので、詳しい内容については各種パンフレットを参照してください。

「労災保険給付の概要」

「療養(補償)等給付の請求手続」

「休業(補償)等給付 傷病(補償)等年金の請求手続」

「障害(補償)等給付の請求手続」

「遺族(補償)等給付 葬祭料等(葬祭給付)の請求手続」

「介護(補償)等給付の請求手続」

「二次健康診断等給付の請求手続」

「労災保険における傷病が『治ったとき』とは」

URL:https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/roudoukijun/gyousei/rousai/index.html



(4) 保険給付の手続き

保険給付を受けるためには、被災労働者やその遺族等が所定の**保険給付請求書**※に必要事項を記載して、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**提出しなければなりません**。

なお、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。

※ **傷病(補償)等年金については、所轄労働基準監督署長の職権によって行われますので、請求手続きはありません**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」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)等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)等給付を請求する際に、「傷病の状態等に関する報告書」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・様式と提出先は下表のとおりです。

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)等給付 | 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) | 病院や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)等給付 | 休業補償給付・複数事業労働者休業給付支給請求書(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)等給付 | 障害補償給付・複数事業労働者障害給付支給請求書(10号) 障害給付支給請求書(16号の7) | |
| 遺族(補償)等給付 | 遺族補償年金・複数事業労働者遺族年金支給請求書(12号) 遺族年金支給請求書(16号の8) | |
| | 遺族補償一時金・複数事業労働者遺族一時金支給請求書(15号) 遺族一時金支給請求書(16号の9) | |
| | 葬祭料又は複数事業労働者葬祭給付請求書(16号) 葬祭給付請求書(16号の10) | |

| 給付の種類 | 請求書の名称・様式 | 提出先 |
|-----------|---------------------------------------|------------------|
| 介護（補償）等給付 | 介護補償給付・複数事業労働者介護給付・介護給付支給請求書(16号の2の2) | 所轄労働基準監督署長 |
| 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) | 病院又は診療所を経て所轄労働局長 |

※「療養(補償)等給付」の欄にある「6号」及び「16号の4」は、「請求書」ではなく「変更届」です。

労災保険給付関係の各請求書等は、厚生労働省ホームページからダウンロードできます。

URL:https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/roudoukijun/rousaihoken.html



(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)等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)等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。

抜釘等の取扱いについて

治ゆ後、骨折部に挿入していたプレート等の装着金属(髄内釘等を含む。)を抜去する場合は、上記の要件にかかわらず、「再発」として取り扱います。

詳しいことについては、上記(3)クの厚生労働省ホームページに掲載している**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、上記(3)に掲げた保険給付のほかに、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。

ア 特別支給金

保険給付の受給権者に対して、保険給付に付加して支給します。特別支給金には、次の種類があります。

休業特別支給金
障害特別支給金
遺族特別支給金
傷病特別支給金
障害特別年金
障害特別一時金
遺族特別年金
遺族特別一時金
傷病特別年金

イ アフターケア(35 ページ参照)、アフターケア通院費

対象となる傷病(20 傷病)について、傷病が治ゆ(症状固定)した後においても、後遺症状が変化したり、後遺障害に付随する疾病を発症させるおそれがあり、アフターケア手帳の交付を受けた場合、保健上の措置として、診察、保健指導、検査などを一定の範囲内で受けることができます。また、一定の要件を満たす場合は、診療等に要した通院費を支給します。

ウ 義肢等補装具の費用の支給

障害(補償)等給付の支給を受けているか、受けると見込まれ、一定の要件を満たす場合、購入(修理)に要した費用を基準額の範囲内で支給します。また、一定の要件を満たす場合は、購入(修理)に要した旅費を支給します。

エ 外科後処置

障害(補償)等給付の支給を受けていて、一定の要件を満たす場合、指定医療機関において、義肢装着のための再手術、^{はんこん} 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。また、一定の要件を満たす場合は、処置・診療に要した旅費の支給を受けることができます。

オ 労災就学援護費

一定の要件に当てはまり、学費などの支払いが困難と認められる場合、在学する学校などに応じて支給されます。

カ 労災就労保育援護費

一定の要件に当てはまり、保育費用を援護する必要があると認められる場合に支給されます。

キ 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、休業補償給付の3日分に相当する額の援護金を支給します。

ク 長期家族介護者援護金

一定の障害により、障害等級第1又は2級の障害(補償)等年金若しくは傷病等級第1又は2級の傷病(補償)等年金を10年以上受給していた方が、業務以外の原因で死亡したとき、その遺族が一定の要件を満たす場合、遺族に対して、100万円の援護金が支給されます(援護金の支給を受けることができる遺族が2人以上の場合は、100万円をその数で除して得た額)。

ケ 頭頸部外傷症候群等に対する職能回復援護

頭頸部外傷症候群等にり患した方で、精神又は神経に障害が残った方については、被災前の労働に従事することが困難な場合が少なくないことから、就業のための技能の習得を目的として教習等に出席するときは、教材費等の一部を支給します。

コ 労災はり・きゅう施術特別援護措置

頭頸部外傷症候群等にり患した方については、その症状が固定した後における疼痛など軽減する必要があるとき、原則として1年以内の期間、1か月に5回を限度として、はり・きゅう施術を自己負担なしで受けられます。

サ 振動障害者社会復帰援護金

振動障害により療養していた方に対し、治ゆ(症状固定)したときに、給付基礎日額の120日分(65歳未満の場合は200日分)を一時金として支給します。ただし、いずれの場合も300万円を限度としています。

シ 振動障害者雇用援護金

振動障害が軽快した、又は治ゆ(症状固定)した労働者を振動業務以外の業務に再就労させたなどの場合に、事業主に対し、①転換援護金、②訓練・講習等経費、③指導員経費を支給します。

(7) 労働災害(労働者の業務中又は通勤途中の災害)について健康保険を使って治療を受けた場合

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。

健康保険を使って指定医療機関等で治療を受けた方に対しては、下図にあるような手続きを指導しています。

労働災害であるにもかかわらず、健康保険で治療を受けてしまった場合は、以下の手続きが必要です。

受診した病院に、**健康保険から労災保険への切り替え**ができるかどうかを確認してください。

← できない → できる →

切り替えができない場合

一時的に、**医療費の全額を自己負担した上で、労災保険を請求**していただきます。

※ ただし、既に労災認定を受けている場合であって、医療費の全額負担が困難な場合等には、**一時的に医療費の全額を自己負担することなく請求**する方法もありますので、希望される場合は、労働基準監督署へ申し出てください。

切り替えができる場合

病院の窓口で支払った金額（一部負担金）が返還されます。

切り替え手続きの方法

労災保険の様式第5号または様式第16号の3の請求書を受診した病院に提出してください。

労災保険の請求方法

● **一時的に医療費の全額を自己負担してから、労災保険の手続きを**してください。

- ① **健康保険の保険者(全国健康保険協会等)**へ労働災害である旨を申し出てください。
- ② 保険者から医療費の返還通知書等が届きますので、返還額をお支払いください(※1)。
- ③ **労災保険の様式第7号**又は**第16号の5**を記入の上、返還額の領収書と病院の窓口で支払った金額(一部負担金)の領収書を添えて、**労働基準監督署**へ請求してください(※2)。

(※1) 医療機関から診療報酬明細書(レセプト)がご加入している健康保険の保険者に届くまでに2~3カ月程度かかるため、納付書が送付されるまでに時間がかかることがあります。

(※2) 労災請求の際にレセプトの写し(コピー)が必要になりますので、健康保険の保険者へ依頼してください。

一時的に医療費の全額を自己負担するのが困難な場合は...

- ① **労働基準監督署**へ、全額を自己負担せずに請求したい旨を申し出てください。(※3)
- ② 労働基準監督署で保険者と調整を行い、保険者への返還額を確定します。
- ③ 保険者から返還通知書等が届きますので、**労災保険の様式第7号**又は**第16号の5**を記入の上、返還通知書等を添えて、**労働基準監督署**へ請求してください。(※4)

(※3) 既に業務上災害又は通勤災害として労災認定を受けている場合に限りです。

(※4) 病院の窓口で支払った金額(一部負担金)については、①~③とは別の手続きが必要となりますので、**労災保険の様式第7号**又は**第16号の5**をもう1枚ご準備いただき、必要事項を記入の上、**労働基準監督署**へ請求してください。

第2 労災医療の事務取扱

1 労災保険指定医療機関

(1) 指定医療機関の制度

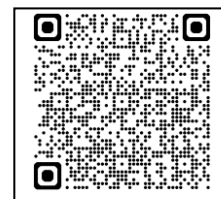
労災保険においては、被災労働者に対して必要な保険給付を行い、かつ、早期の社会復帰の促進等を図ることを目的としています。

そこで、医療機関(船内診療所にあつては当該船舶に係る事業。)と医療機関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、個々の労働者に治療費を直接負担させることなく、医療機関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、診療費の算定については、「労災診療費算定基準」によって行うことになっています。健保点数に労災診療単価(12円、非課税医療機関は11円50銭)を乗じて算定しますが、初診料、再診料、処置、手術、リハビリテーション料の一部及び入金基本料等の額又は点数について、労災保険独自の算定方法があります。

厚生労働省ホームページには、労災診療費算定基準の詳細を記載した「労災診療費算定マニュアル」が掲載されていますので参照してください。

URL:https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/roudoukijun/rousai_shinryouhi/kaitei0604_00008.html



(2) 労災保険指定医療機関療養担当規程

労災指定医療機関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医療機関との間で、「労災保険指定医療機関療養担当規程」により、指定医療機関の任務を始めとして、傷病労働者の診療の方針や内容、診療費の算定方法、その請求方法等の必要な事項が定められています。

「労災保険指定医療機関療養担当規程」については、48～54ページを参照してください。

(3) 初診時の確認

労働者が、労災保険での診療を求めてきたとき、指定医療機関として、労災保険の対象となる**労働者**かどうか、また、**業務災害、複数業務要因災害又は通勤災害**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)等給付たる療養の給付請求書」や「療養(補償)等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・複数業務要因災害用と通勤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)等給付たる療養の給付請求書」(業務災害用・複数業務要因災害:様式第5号、通勤災害用:様式第16号の3)(76～77ページ、

92～93 ページ参照) (以下「療養給付請求書」といいます。)

労働者にとって、初めての指定医療機関に受診した時に持参させてください。転医前の医療機関が非指定医療機関や整骨院の場合も必要になります。緊急を要する患者などで、診察時まで提出を求めることが困難な場合には、診察後できるだけ早い時期に提出を求めてください。なお、督促しても提出されない場合は、労働基準監督署又は労働局に連絡してください。

再発の場合には、30 ページの文書を作成し、添付していただくようお願いいたします。

イ 他の指定医療機関からの転医の場合

「療養(補償)等給付たる療養の給付を受ける指定病院等(変更)届」(業務災害用：様式第6号、通勤災害用：様式第16号の4)(78～79 ページ、94～95 ページ参照) (以下「指定病院等(変更)届」といいます。)

指定医療機関から指定医療機関への転医の場合、「指定病院等(変更)届」が必要となります。検査等の対診であっても、転医先の指定医療機関は変更届が必要となりますが、ごく短期間で転医元(前)の指定医療機関に再診した場合は、省略して差し支えありません。

ウ 傷病(補償)等年金受給者に移行した場合

上記イの「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)等年金の決定を行います。**傷病(補償)等年金の決定**が行われた場合、変更後の第1回目の診療費請求内訳書に上記イの「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) 労災医療の診療方針

労災診療に当たっては、原則として次により診療を行う必要があります。

ア 診療は、一般に医師又は歯科医師として療養の必要があると認められる傷病に対して行い、的確な診断をもととし、傷病労働者の労働能力の保全又は回復上最も妥当適切に行うこと。

イ 診療に当たっては、懇切丁寧を旨とし、療養上必要な事項は理解し易いように指導すること。

ウ 診療に当たっては、常に医学の立場を堅持して、傷病労働者の心身の状態を観察し、心理的な効果をも挙げることができるよう適切な指導をすること。

エ 療養の給付を請求した者、又はその関係者が**詐欺その他不正な行為**により診療を受け若しくは受けようとし、又は診療を受けさせ若しくは受けさせようとしたときや、療養の給付を請求した者が正当な事由がないにもかかわらず、診療に関する指示に従わないときは、その診療を拒否するとともに**速やかにその旨を所轄労働基準監督署長に通知**すること。

オ 診療

- (ア) 診察、薬剤又は治療材料の支給、処置、手術、理学療法その他の治療は、一般に療養上必要があると認められる場合に必要の都度において行うこと。
- (イ) 医学上、一般に医療効果が不明又は認められない特殊な療法又は新しい療法はこれを行わないこと。
- (ウ) 使用医薬品は健康保険法の規定に基づき厚生労働大臣の定めるもの以外は原則として使用又は処方しないこと。
- (エ) 入院の指示は療養上必要があると認められる場合のみに行い、入院を必要とする療養上の理由がなくなったときは、直ちに退院の指示を行うこと。
- (オ) 傷病労働者の傷病が自己の専門外にわたるものであるとき、又はその診療について疑義があるときは、他の指定医療機関に転医させ、又はその診療担当医の対診を求める等診療について適切な措置を講ずること。

(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おそれから、労災保険を使用しないといったケースがあります。医療機関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、労働安全衛生規則第 97 条に基づく「労働者死傷病報告」を所轄労働基準監督署に提出しなければなりません。この提出を怠ると、「**労災かくし**」として**罰則（50 万円以下の罰金）が適用される**こととなります（通勤災害は対象となりません。）。

イ 健康保険法は、業務外の原因で病気やケガをしたときの治療を対象とすることとなっており、健康保険側からみても不正な請求となり、その事実が分かれば遡って返還請求がなされます。

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ります。

エ 治療開始から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と、医療機関にとって煩雑な事務になってしまいます。

(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(労災保険では給付基礎日額の60%)など被災労働者にとって様々なメリットがあることから、被災労働者に対しては自賠先行を勧めています。

(注)請求上の留意点

自賠責保険から、治療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) 診療録の記載・整備

健康保険においては、「保険医療機関及び保険医療養担当規則」により診療録の記載及び整備並びに帳簿等の保存が義務づけられていますが、労災保険においても、これに準じて取り扱うことになります。

特に労災保険の場合、業務災害の認定や障害等級の認定時に必要となりますので、次の項目について、記録・整備をお願いします。

なお、診療録については、その完結の日から5年間、帳簿及び書類その他の記録は、その完結の日から3年間保存していただくことになります。

ア 受傷状況など

下記の項目については、労働者の申立て(療養給付請求書又は変更届など)において関連性に矛盾がないか確認してください。

- ① 負傷(発病)の年月日、時刻、場所
- ② 作業状況、災害発生原因など
- ③ 負傷(発病)の部位、程度、初期症状所見など

イ 既存障害の有無

既存障害の有無及び程度は、後日、後遺障害が残った場合、認定上の重要事項となりますので、業務上か否かを問わず、診療録に記載しておいてください。

- ① 既存障害の有無
- ② 有の場合、負傷(発病)年月日、障害の部位及び程度

ウ 他保険との区別

私傷病にかかる診療が有る場合は、労災とは別に請求することとなりますので、労災の診療録とは別に診療録を作成してください。

(8) 名称・住所、振込先の変更手続

労災保険指定医療機関療養担当規程第22条により、下記の事項の①から④を変更した場合は、「労災指定病院等登録(変更)報告書」(診機様式第20号、第21号)(70~71ページ)により、⑤から⑦を変更した場合は、「労災指定医療機関変更届」(72ページ)により届け出てください。

- ① 指定医療機関の開設者又は管理者に異動があったとき

- ② 名称又は所在地に変更があったとき
- ③ 振込先金融機関の口座等に変更があったとき
- ④ 診療科目又は病床数に変更があったとき
- ⑤ 健康保険診療報酬の算定に関する届出事項等に変更があったとき
(施設基準に係るものを除く。)
- ⑥ 指定申請の際に提出した医療機関施設等概要書に記載した重要事項その他長崎労働局長が必要と認めた事項に変更があったとき
- ⑦ 個室等に対する入院料の差額徴収に変更があったとき

【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。
- ・「労災指定医療機関変更届」については、別添様式をコピーして使用してください。
- ・労災保険情報センター(以下「R I C」といいます。)との契約がある場合には、「R I C」にも別途「契約届出事項変更届」が必要です。様式等は、「R I C」ホームページにも掲載されていますので、参照してください。

URL:<https://www.rousai-ric.or.jp/tabid/557/Default.aspx>



(9) 休止、辞退

休止又は辞退を希望する時は、「労災保険指定医療機関休止・辞退届」(73 ページ コピーして使用可)を提出することになります。



2 レセプトの作成・提出

(1) 請求書の分類

ア 紙媒体での請求

診療費請求書は、診療費請求内訳書(以下「レセプト」といいます。)を、以下のとおり、「初回請求分」と「継続請求分」に分けて綴じた上、提出します。

(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、最初に受診した初診のレセプト
- ② 非指定医療機関や整骨院から転医し、受診した初診のレセプト
- ③ 再発した場合の初診のレセプト
- 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初診のレセプト(休業証明料2,200円のみを請求を含む。)

【添付書類】

- 業務災害・複数業務要因災害…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)
- 再発の場合…上記の請求書に加え、「**再発給付請求添付資料**」(30ページ参照 コピーして使用可)

(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 他の指定医療機関から転医してきた場合のレセプト
- ③ 傷病(補償)等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、複数業務要因災害
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(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)

イ 労災オンラインシステムでの請求

レセプトのオンライン請求は、毎月10日までにレセプトデータを送信することになります。

また、療養給付請求書等の添付書類は、オンライン請求では送信できませんので、別途長崎労働局宛て送付してください。

なお、初めてオンライン請求するためには、レセプト送信用コンピューターにレセプト送信プログラムをインストールする必要があります。オンライン請求を行うまでの届出及び設定については、厚生労働省ホー

ムページに掲載されていますので、参考としてください。

URL:https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/roudoukijun/rousai/rezeptssystem/request-02.html



(2) 請求書の作成単位

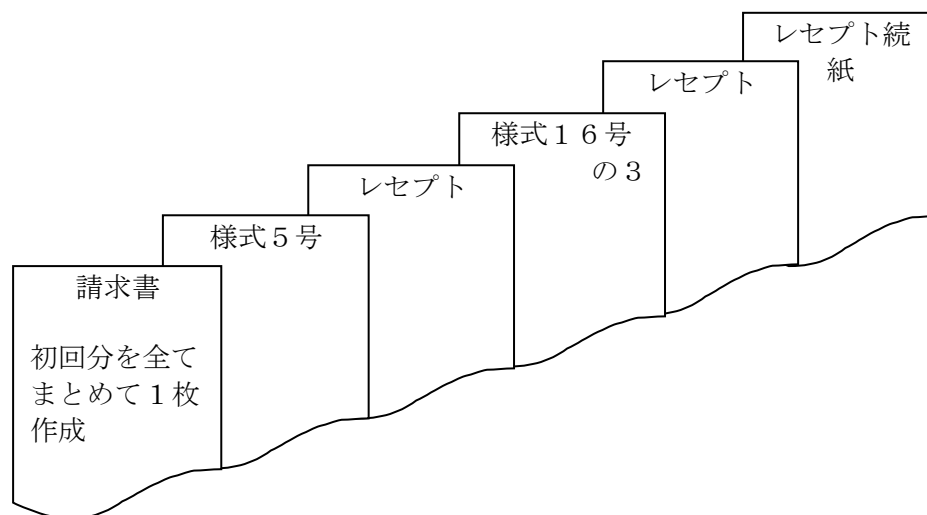
ア 紙媒体での請求

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**全てを一つに取りまとめて**ください。

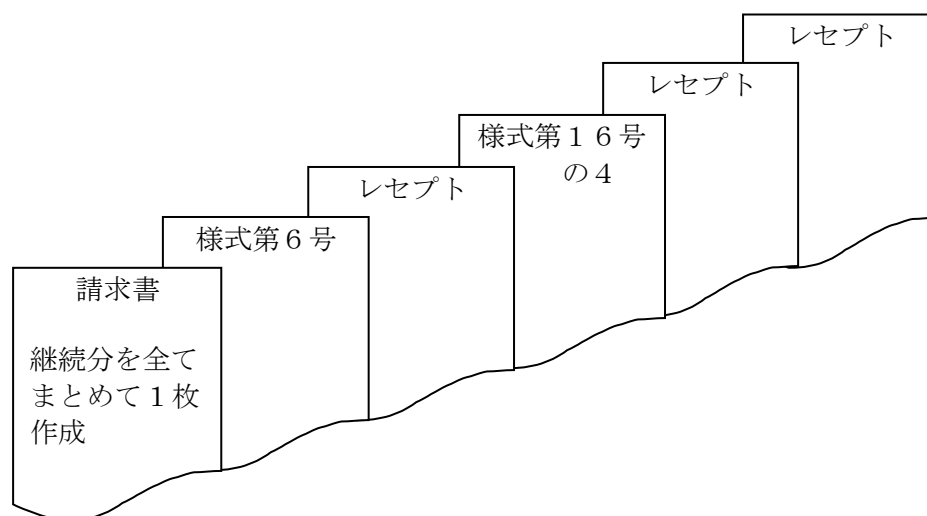
2回目以降請求分についても、その**全てを一つに取りまとめて**ください。

(ア) 診療費請求書、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
 - a 帳票の左側の2つ目と3つ目の穴を「こより」などの紐で綴じてください。
 - b ステープラー(ホッチキス)は使用しないでください。
 - c 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。
 - d 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。
 - e 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。

イ オンラインシステム請求の場合

- (ア) 請求書等の添付書類

当月のオンライン請求に係る以下の添付書類については、下記(3)アの提出先に、**提出期限(毎月10日)までに必着**するよう送付(郵送)してください。

療養の給付請求書(様式第5号、様式第16号の3)
 指定病院等(変更)届(様式第6号、様式第16号の4)
 労災リハビリテーション評価計画書
 再発給付請求添付資料・・・など
- (イ) 検査に要した費用等請求書

従来どおり、紙媒体で請求してください。
- (ウ) 送信時の留意事項

データ入力の際には、療養給付請求書を参照のうえ、各項目に入力漏れのないことを確認の上、送信してください。**送信エラーが表示された場合は**、必要項目の入力漏れが考えられますので、そのまま送信せずに、再確認をお願いします。

療養の給付請求書等の労働保険番号の枝番欄が空欄となっていた場合であっても、**枝番号は「000」と必ず入力**してください。(空欄の場合、エラー表示となります。)

(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**指定医療機関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

毎月10日必着(休日・祝日にあたる場合は翌開庁日)

なお、提出期限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。

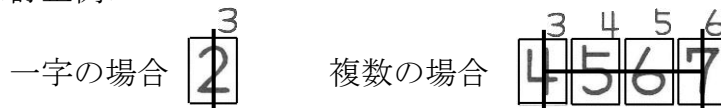
(4) レセプト等の記入時の留意点（オンライン請求を除く。）

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。



※「¥」は、横線が一本ですのでご注意ください。

<訂正例>



※ 訂正印は必要ありません。

イ 診療費については、「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診療録や療養(補償)等給付請求書等と照合の上、提出してください。一文字でも違うと、別データとなります。

ウ 医療機関において、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。

(5) オンライン請求に関する問合わせ

オンライン請求のシステム的なご質問に関しては、「労災レセプト電算処理システム ヘルプデスク」にて対応しますので、お問い合わせください。

『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 |

また、労災レセプト電算処理システムに関するよくあるご質問（FAQ）を厚生労働省ホームページに掲載していますので参考とさせていただきます。

URL:https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/roudoukijun/rousai/rezeptssystem/faq.html



労働者災害補償保険診療費請求書(診機様式第1号) 帳票種別 3 4 7 2 0

【記載要領】

「① 指定病院等の番号」

指定病院等の番号は、医療機関ごとに指定を行った際、7桁の番号が振り出されています。指定病院等の番号の記載を誤ると、誤った医療機関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」

医療機関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、最新の診療の元号及び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。

「責任者(院長等)氏名」欄について、押印は不要です。

診療費請求内訳書(入院用)

| | | | |
|--|--|-----------------------------|----------------------|
| 診療録式第2号 第一回 (同一傷病について) | | 指定病院 等の番号 | 病院等 の名称 |
| 帳票種別 34721 | | 修正項目番号 □□ | |
| ① 初診 ② 再診 ③ 入院 ④ 退院 ⑤ 転院 ⑥ その他 | | ⑦ 支払額 □□□□□□□□ | |
| ④ 府県(市町村) 支庁 支庁番号 支庁番号 □□□□□□□□ □□□□□□□□ | | ⑧ 診療科目 □□□□□□□□ □□□□□□□□ | |
| ⑨ 診療日 □□□□□□□□ □□□□□□□□ | | ⑩ 診療時間 □□□□□□□□ □□□□□□□□ | |
| ⑪ 診療回数 □□□□□□□□ □□□□□□□□ | | ⑫ 診療区分 □□□□□□□□ □□□□□□□□ | |
| ⑬ 診療回数 □□□□□□□□ □□□□□□□□ | | ⑭ 修正欄 □□□□□□□□ □□□□□□□□ | |
| 労働者の氏名 (歳) | | 傷病の部位及び傷病名 | |
| 事業の名称 | | 傷病の経過 | |
| 事業場の所在地 都府道県 市区市 | | | |
| 診療内容 | | 点数(点) | 診療内容 |
| ① 初診 時間外・休日・深夜 | | | ① 初診 円 |
| ② 指導 | | | ② その他 円 |
| ③ 在宅 | | | ③ 小計 ⑤ 円 |
| ④ 投薬 ④① 内服 単位 ④② 外用 単位 ④③ 調剤 日 ④④ 麻毒 日 ④⑤ 調基 | | | ④ 食事 備考 |
| ⑤ 注射 ⑤① 皮下筋肉内 回 ⑤② 静脈内 回 ⑤③ その他 回 | | | 基準 円×回 円×回 円×日 |
| ⑥ 処置 ⑥① 薬剤 回 ⑥② 薬剤 回 ⑥③ 薬剤 回 ⑥④ 薬剤 回 ⑥⑤ その他 | | | 食事療養 回 ⑥ 円 |
| ⑦ 入院 入院年月日 年 月 日 病診衣 ⑨ 入院基本料・加算 × 日間 × 日間 × 日間 × 日間 × 日間 ⑩ 特定入院料・その他 | | | 摘要 |
| 小計 | | 点 ① | 円 |

(物品番号 7231) 31.4

※コピーして使用することはできません。

診療費請求内訳書(傷病(補償)等年金 入院用)

■ 診療様式第4号

傷 第 回 (同一傷病について)

指定病院等の番号

病院等の名称

① 療養種別 34723 修正項目番号

② 新健別 1 新規 2 継続 7 内装

③ 変動事由 1 ①② 7 中止 3 継続 9 死亡 5 転院

④ 支払額

④ 傷病(補償)等年金の番号

⑤ 増減理由 ⑥ 処理区分

⑦ 決定年月日

⑧ 療養期間

⑨ 療養日数

⑩ 合計額

⑪ 傷病の経過

労働者の氏名 明・大・昭・平・仮 (歳) 年 月 日生

傷病の部位及び傷病名

| 診療内容 | 点数(点) | 診療内容 | 金額 | 摘要 |
|----------------|-------|-------------|------|----|
| ⑪ 初診 時間外・休日・深夜 | | ⑪ 初 診 | 円 | |
| ⑫ 指導 | | ⑫ その他 | 円 | |
| ⑬ 在宅 | | 小 計 | 円 | |
| ⑭ 投薬 | | ⑮ 食事 | | 備考 |
| ⑭ ① 内服 単位 | | 基準 | 円× 回 | |
| ⑭ ② 屯服 単位 | | | 円× 回 | |
| ⑭ ③ 外用 単位 | | | 円× 日 | |
| ⑭ ④ 調剤 日 | | 食事療養 | 円 | |
| ⑭ ⑤ 麻毒 日 | | | | |
| ⑭ ⑥ 調基 日 | | | | |
| ⑯ 注射 | | | | |
| ⑯ ① 皮下筋肉内 回 | | | | |
| ⑯ ② 静脈内 回 | | | | |
| ⑯ ③ その他 回 | | | | |
| ⑰ 処置 | | | | |
| ⑰ 薬剤 回 | | | | |
| ⑱ 検査 | | | | |
| ⑱ 薬剤 回 | | | | |
| ⑲ 調剤 | | | | |
| ⑲ 薬剤 回 | | | | |
| ⑳ その他 | | | | |
| ⑳ 薬剤 回 | | | | |
| 入院年月日 年 月 日 | | | | |
| 病 診 衣 | | ⑲ 入院基本料・加算 | | |
| ⑳ 入院 | | × 日間 | | |
| | | × 日間 | | |
| | | × 日間 | | |
| | | × 日間 | | |
| | | ⑲ 特定入院料・その他 | | |
| 小 計 | 点 | | | |

小 計 点 円

(物品番号 7233) 30. 11

※コピーして使用することはできません。

診療費請求内訳書(傷病(補償)等年金 入院外用)

| | | | |
|---|-------------|--|----------------------|
| 診療様式第5号 (傷) 第 〇 回 (同一傷病) | | 指定病院 等の番号 | 病院等 の名称 |
| ① 票種別 34724 | ② 修正項目 〇 | ③ 割額再別 〇 | ④ 支払額 〇 〇 〇 〇 〇 〇 |
| ⑤ 労働者 の氏名 明・大・昭・平・令 年 月 日生 | | ⑥ 傷病の経過 | |
| ⑦ 傷病の部位 及び 傷病名 | | ⑧ 診療内容 ⑨ 点数(点) | |
| ⑩ 診療内容 ⑪ 初診 時間外・休日・深夜 | | ⑫ 診療内容 ⑬ 初診 | ⑭ 金額 円 |
| ⑯ 再診 ⑰ 外來管理加算 ⑱ 時間外 ⑲ 休日 ⑳ 深夜 | | ㉑ 再診 ㉒ 指導 ㉓ その他 | 円 円 円 |
| ㉔ 指導 | | ㉕ 小計 | ㉖ 円 |
| ㉗ 在宅 ㉘ 往診 ㉙ 夜間 ㉚ 緊急・深夜 ㉛ 在宅患者訪問診療 ㉜ その他 ㉝ 薬剤 | | 摘要 | |
| ㉞ 投薬 ㉟ ① 内服薬剤 ㊱ ② 外用薬剤 ㊲ ③ 処方 ㊳ ④ 麻毒 ㊴ ⑤ 調基 | | ① 単位 ② 単位 ③ 単位 ④ 単位 ⑤ 単位 | |
| ㊵ 注射 ㊶ ① 皮下筋肉内 ㊷ ② 静脈内 ㊸ ③ その他 | | ① 回 ② 回 ③ 回 | |
| ㊹ 処置 ㊺ ① 薬剤 ㊻ ② 手術 ㊼ ③ 検査 ㊽ ④ 検査 ㊾ ⑤ 検査 ㊿ ⑥ その他 | | ① 回 ② 回 ③ 回 ④ 回 ⑤ 回 ⑥ 回 | |
| 小計 | | 点 ① | 円 |

(物品番号 7234) 31.4

※コピーして使用することはできません。

レセプト(診療費請求内訳書)(診機様式第2号、第3号、第4号、第5号)
(帳票種別34721、34722、34723、34724)

【記載要領】

「① 新継再別」

転医始診の場合は、コード番号「1(初診)」ではなく、コード番号「3(転医始診)」を記入してください。

傷病(補償)等年金決定後の最初のレセプトは、コード番号「1(初診)」となります。また、傷病(補償)等年金決定後の転医始診の場合は、コード番号「5(継続)」を記入してください。

「② 転帰事由」

転帰事由は、レセプト提出日の状況ではなく、当該レセプトの療養期間の末日で継続中であれば、コード番号「3(継続)」と記入してください。

「④ 労働保険番号(年金証書の番号)」

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。

傷病(補償)年金の場合は、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。

「⑦ 傷病年月日」

初診年月日とは限らないので、療養の給付請求書(様式第5号又は様式第16号の3)又は指定病院等(変更)届(様式第6号又は様式第16号の4)より確認し、正確に記入してください。

「⑧又は⑩ 療養期間」

右詰めで記入してください。元号は必ず記入してください。

療養期間が1日の場合も、療養期間の末日は記入してください。

文書料のみの請求の場合は、文書作成日を記入してください。

「⑪ 診療実日数」

休業(補償)等請求書の証明書料及び診断書料のみ請求する場合、実診療日数は「999」と記入してください。

「⑬ 合計額」

右詰めで記入してください。¥マークは記入しないでください。

「③ 支払額」・「⑤ 増減コード及び増減額」・「⑧ 増減理由」・「⑨ 決定年月日」・「⑫ 処理区分」・「修正欄」

医療機関では記入しないでください。

診療費請求書(検査に要した費用等請求書)

診療様式第1号の2 ※標準字体 **0123456789**

検査に要した費用等請求書(指定医療機関用)

| | | | |
|----------------------|-------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|
| 紙票種別 34720 | ※修正欄 日番号 <input type="text"/> | ① 指定特定等の番号 <input type="text"/> | ② 受付年月日 <input type="text"/> |
|----------------------|-------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|

| | |
|--|-----------------------------------|
| ③ 請求金額 <input type="text"/> <p style="font-size: small;">金額の頭に¥マークを付けてください。</p> | ④ 内訳書添付枚数 <input type="text"/> |
|--|-----------------------------------|

⑤ 請求年 年 月分

⑥ 請求月 月分

※修正欄

年 月 日付けをもって依頼のあった _____
 にかかる _____ の費用(内訳は別添の診療費請求内訳書
 のとおり)を上記のとおり請求します。

_____ 年 月 日

郵便番号 _____

住 所
 (所在地) _____

請求人の (病院又は診療所) 名 称 _____

責任者氏名 _____

_____ 労働局長殿 電話番号 _____
 (署分)

受付印

(物品番号 72227) 6.5

※コピーして使用することはできません。

診療費請求内訳書(症状照会回報文書作成料、意見書料)
 ※記入時の留意点

| | | | | |
|-----------------|-----------|----------------------------------|--------------|------------|
| ■ 診療様式第3号 | | 第 回 (同一傷病) | 指定病院 等の番号 | 病院等 の名称 |
| 紙票種別 | 修正項目番号 | ①傷病内別 ②転送事由 | | ③支払額 |
| 34722 | | 1初診 2再診 3時間外 4休日 5深夜 | ① ② | |
| ④方検有無番号 | | | | |
| ⑤傷病の部位及び傷病名 | | | | |
| ⑥傷病の経過 | | | | |
| ⑦診療内容 | | | | |
| ⑧金額 | | | | |
| ⑨摘要 | | | | |
| 9080515-9080515 | | | | |
| 999 | | | | |
| 労働者の氏名 | 事業の名称 | | 事業場の所在地 | 傷病の部位及び傷病名 |
| 診療 | | | | 傷病の経過 |
| ⑪初診 | 時間外・休日・深夜 | × | 回 | ⑪初診 |
| ⑫再診 | 外来管理加算 | × | 回 | ⑫再診 |
| ⑬指導 | 時間外 | × | 回 | ⑬指導 |
| ⑭在宅 | 休日 | × | 回 | ⑭症状照会 |
| ⑮投薬 | 深夜 | × | 回 | ⑮意見書 |
| ⑯往診 | 往診 | | 回 | ⑯その他 |
| ⑰夜間 | 夜間 | | 回 | 小計 |
| ⑱在宅 | 緊急・深夜 | | 回 | ⑰摘要 |
| ⑲在宅 | 在宅患者訪問診療 | | 回 | |
| ⑳内服薬 | ⑲在宅 | | 回 | |
| ㉑注射薬 | ⑳内服薬 | × | 回 | |
| ㉒外用薬 | ㉑注射薬 | | 回 | |
| ㉓調剤 | ㉒外用薬 | | 回 | |
| ㉔処方 | ㉓調剤 | × | 回 | |
| ㉕麻薬 | ㉔処方 | | 回 | |
| ㉖調基 | ㉕麻薬 | | 回 | |
| ㉗調基 | ㉖調基 | | 回 | |
| ㉘皮下筋肉内 | ㉗調基 | | 回 | |
| ㉙静脈内 | ㉘皮下筋肉内 | | 回 | |
| ㉚その他 | ㉙静脈内 | | 回 | |
| ㉛処方せん | ㉚その他 | | 回 | |
| ㉜その他 | ㉛処方せん | | 回 | |
| 小計 | 点 | ① | 円 | |

症状照会回報作成料、意見書料の場合は、文書作成年月日(症状照会回報、意見書に記した日付)を記入してください。

文書料の場合は、「999」と記入してください。(※実際の記入にあたっては、標準字体で記入してください。)

この欄に文書の種類(症状照会、意見書)及び金額を記入します。

(6) 審査・支払・保留

提出された診療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)等給付請求書(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・複数業務要因災害・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

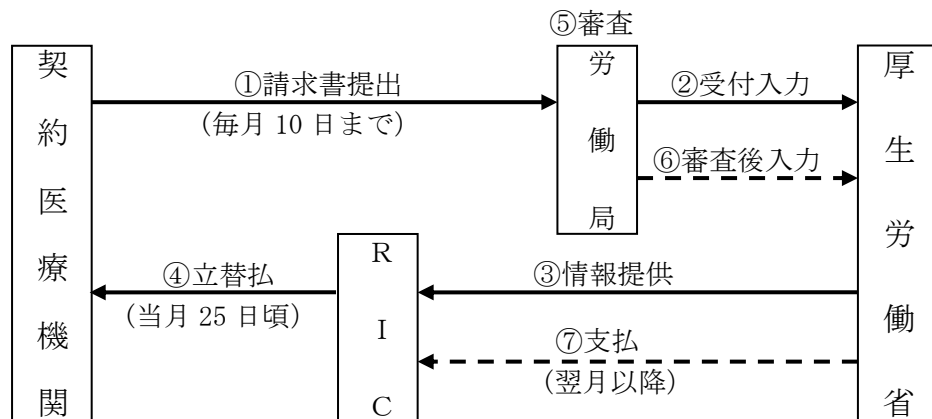
レセプトの診療内容に関する医学的審査及び指導等を行います。

イ 支払

(ア) 「R I C」契約医療機関

労働局で審査を受ける前に(当月中に)、指定口座に振り込まれます。なお、査定増減があった場合は、翌月の支払いで相殺することになります。

【支払の流れ図】



(イ) 非契約医療機関

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「保険(年金証書)番号」、「生年月日」、「負傷又は発病年月日」、「支払額」、「差額」、「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転医前の指定医療機関から提出されるべき療養(補償)等給付請求書(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) 診療費請求権の時効

指定医療機関の診療費請求権の消滅時効は、民法第166条第1項の規定によって**5年**とされていますので、診療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診療費の請求権を失うこととなります。

(8) 関係連絡先

「R I C」並びに長崎労働局及び管内の労働基準監督署の連絡先は、次のとおりです。

| 名 称 | 所 在 地 | 電 話 番 号 |
|---|---|---|
| 公益財団法人 労災保険情報センター (略称：「R I C」(リック)) | 〒112-0004 東京都文京区後楽1-4-25 日教販ビル | 03(5684)5516 労災医療部 |
| 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 095(801)0019 レセプト審査係 |
| 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」

再発給付請求添付資料

(請求労働者の記入欄)

労働者氏名 . . .

- 1 再発前の負傷年月日 — 年 月 日
- 2 再発前の前回傷病名 —
- 3 再発前(前回)の治ゆ年月日— 年 月 日
- 4 治ゆ当時から現在までの症状の経過

(医師の意見)

- 1 治療再開を必要とする症状

- 2 今後の治療方法(具体的に)

- 3 再発の場合の療養期間の見込

自 年 月 日 至 年 月 日

医療機関の名称

医師の氏名

(9) レセプト記入例及び留意事項

| | | | | | |
|---|-----------------------|--|---|---|--------------------------------------|
| 診療様式第2号 第一回 (同一傷病について) | | 指定病院等の番号 | 病院等の名称 | | |
| 療費種別 34721 | 修正項目番号 | ①新調別 1初診 2転院 3転院 4再診 5再診 6再診 7再診 | ②支払額 ③診療コード及び診療種別 ④療費種別 ⑤療費区分 | | |
| ④ 府県(市町)管轄基礎番号 枝番号 ⑤ 診療日 ⑥ 診療時間 ⑦ 診療回数 | | ⑧ 傷病の部位及び傷病名 ⑨ 傷病の経過 傷病の経過欄は、必ず記入してください。 | | | |
| 労働者の氏名 事業の名称 事業場の所在地 | (歳) 都府道県 郡市区市 | 傷病の経過 傷病の経過欄は、必ず記入してください。 | | | |
| 診療内容 ⑪ 初診 (時間外・休日・深夜) ⑫ 指導 ⑬ 在宅 ⑭ 投薬 ⑮ 注射 ⑯ 処置 ⑰ 検査 ⑱ 手術 ⑲ 他 | | 点数(点) | 診療内容 ⑩ 初診 ⑪ 4,950円×7日 (3日~9日) ⑫ 2人部屋 ⑬ 小計 ⑭ 食事 ⑮ 基準 ⑯ 食事療養 | 金額 円 34,650円 円 円 円× 円× 円× 回 回 回 | 摘要 *入院室料加算 303号 ②-エ 備考 円 |
| 入院 入院年月日 病診衣 ⑩ 入院基本料・加算 ⑪ 特定入院料・その他 | | 摘要 手術等の診療内容にコメントが必要な場合は、「症状詳記」として摘要欄に記入するか、別紙に記入して添付してください。 | | | |
| 小計 点 ① 円 | | 摘要 手術等の診療内容にコメントが必要な場合は、「症状詳記」として摘要欄に記入するか、別紙に記入して添付してください。 | | | |

診機基式第3号
第 回 (同一傷病)

指定病院等の番号
病院等の名称

紙票種別 修正項目番号
34722

① 傷病の部位及び傷病名
1 1 3

② 支払額

③ 傷病の経過

9080624
9080624-9080630

2 日

労働者の氏名 () 歳
事業の名称
事業場の所在地 都府道県 郡区市

傷病の経過
傷病の部位及び傷病名

傷病の経過欄は、必ず記入してください。

| 診療内容 | 点数(点) | 診療内容 | 金額 | 摘要 |
|----------------|-------|----------|---------|-------------------------------|
| ⑪ 初診 時間外・休日・深夜 | | ⑪ 初診 | 3,850 円 | |
| ⑫ 再診 時間外 | × | ⑫ 再診 1 回 | 1,430 円 | |
| ⑬ 再診 休日 | × | ⑬ 指導 1 回 | 920 円 | *再診時療養指導管理料 日常生活動作 920 円×1 |
| ⑭ その他 | × | ⑭ その他 | 2,200 円 | *療養の給付請求書取扱料 2,200 円×1 |
| | | | 1,250 円 | *救急医療管理加算 |
| | | 小 計 | 円 | 1,250 円×1 |

初診料は、労災特掲料金で算定します。
再診料も労災特掲料金で算定します。
療養の給付請求書を取扱った場合、取扱料が算定できます。
外来患者に対する再診の際に、療養上の食事、日常生活動作、機能回復訓練及びメンタルヘルスに関する指導を行った場合にその都度算定できます。
初診時に救急医療を行った場合、救急医療管理加算を算定できます。

労災特例により外来管理加算 52 点を算定したものについては、摘要欄に(特)52点と回数を記入してください。
また、52 点に読み替えを行った処置等については、摘要欄の該当する点数に(特)を記入してください。

用)

① 薬剤 回
② 薬剤 回
③ 薬剤 回
④ 処方せん 回
⑤ その他 薬剤 回

小 計 点 ① 円

(物品番号 7232) 5.5

診機様式第3号
第 回 (同一傷病)

指定病院等の番号
病院等の名称

① 診療種別 34722 修正項目番号
② 傷病の部位及び傷病名 5 5

③ 支払額

④ 傷病の経過欄は、必ず記入してください。

⑤ 療養期間 9080601-9080625

⑥ 傷病の部位及び傷病名

⑦ 傷病の経過

⑧ 療養期間

⑨ 傷病の経過欄は、必ず記入してください。

⑩ 傷病の経過欄は、必ず記入してください。

⑪ 傷病の経過欄は、必ず記入してください。

⑫ 傷病の経過欄は、必ず記入してください。

⑬ 傷病の経過欄は、必ず記入してください。

⑭ 傷病の経過欄は、必ず記入してください。

⑮ 傷病の経過欄は、必ず記入してください。

⑯ 傷病の経過欄は、必ず記入してください。

⑰ 傷病の経過欄は、必ず記入してください。

⑱ 傷病の経過欄は、必ず記入してください。

⑲ 傷病の経過欄は、必ず記入してください。

⑳ 傷病の経過欄は、必ず記入してください。

㉑ 傷病の経過欄は、必ず記入してください。

㉒ 傷病の経過欄は、必ず記入してください。

㉓ 傷病の経過欄は、必ず記入してください。

㉔ 傷病の経過欄は、必ず記入してください。

㉕ 傷病の経過欄は、必ず記入してください。

㉖ 傷病の経過欄は、必ず記入してください。

㉗ 傷病の経過欄は、必ず記入してください。

㉘ 傷病の経過欄は、必ず記入してください。

㉙ 傷病の経過欄は、必ず記入してください。

㉚ 傷病の経過欄は、必ず記入してください。

㉛ 傷病の経過欄は、必ず記入してください。

㉜ 傷病の経過欄は、必ず記入してください。

㉝ 傷病の経過欄は、必ず記入してください。

㉞ 傷病の経過欄は、必ず記入してください。

㉟ 傷病の経過欄は、必ず記入してください。

㊱ 傷病の経過欄は、必ず記入してください。

㊲ 傷病の経過欄は、必ず記入してください。

㊳ 傷病の経過欄は、必ず記入してください。

㊴ 傷病の経過欄は、必ず記入してください。

㊵ 傷病の経過欄は、必ず記入してください。

㊶ 傷病の経過欄は、必ず記入してください。

㊷ 傷病の経過欄は、必ず記入してください。

㊸ 傷病の経過欄は、必ず記入してください。

㊹ 傷病の経過欄は、必ず記入してください。

㊺ 傷病の経過欄は、必ず記入してください。

㊻ 傷病の経過欄は、必ず記入してください。

㊼ 傷病の経過欄は、必ず記入してください。

㊽ 傷病の経過欄は、必ず記入してください。

㊾ 傷病の経過欄は、必ず記入してください。

㊿ 傷病の経過欄は、必ず記入してください。

① 初診 時間外・休日・深夜

② 再診 時間外・休日・深夜

③ 指導

④ 往診 夜間 緊急・深夜 在宅患者訪問診療

⑤ 投薬

⑥ 注射

⑦ 処置

⑧ 検査

⑨ 処方せん

⑩ その他

⑪ 小計

⑫ 金額

⑬ 摘要

⑭ 休業証明料 2,200 円 休業期間 R8.6.1~R8.6.25

● 休業証明料を請求する場合は、摘要欄に「証明期間」を記入してください。(※療養期間を超える証明はできません。) なお、前回証明期間との重複がないことを確認してください。

(物品番号 7232) 5.5

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 | 慢性化膿性骨髓炎 | 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 |

(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、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^{じよくそう}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(超音波を用いた残尿測定検査を除く。)、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) 受診時における留意点

アフターケアの対象者に対しては、「アフターケア手帳」を交付しますので、受診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。

なお、アフターケア手帳が、更新・再交付されると手帳番号のうち「枝番号」が変わります。手帳交付日以降の診察等については、更新・再交付前の手帳の有効期限内であっても、新しい手帳番号でのアフターケア委託費請求となりますので、注意してください。

また、診察終了後は、アフターケア手帳に措置の結果を簡潔に記載し、医療機関の認印を押印してください。

治ゆ後間もない場合は、アフターケア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

労災診療費と同様、毎月 10 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、労災診療費の算定と同様の方法により算定しますが、次の事項については**アフターケア独自の算定**となりますので、注意ください。

ア アフターケアでは認められないもの

- (労災特掲料金) 初診時ブラッシング料、再診時療養指導管理料
- (健保点数) 外来管理加算、在宅自己導尿指導管理料、てんかん指導料

イ アフターケアのみ認められるもの

アフターケアの対象者が日常生活を送る上で、医師の指導が必要であることから、「保健指導」を設けており、再診の場合に月2回まで算定することができます。(許可病床数が200床未満の医療機関に限ります。)

「保健指導」の点数は、健保点数表に定める「特定疾患療養管理料」の点数により算定しますが、特定疾患に限られたものではなく、アフターケアの全対象傷病を対象としています。

(6) 「アフターケア実施期間の更新に関する診断書」の文書料

令和8年6月1日以降に作成した診断書の文書料については、レセプトの「摘要」欄に「診断書料 5,000円」と記載してください。

(7) アフターケア委託費請求権の時効

指定医療機関のアフターケア委託費請求権の消滅時効は、民法第166条第1項の規定によって**5年**とされていますので、診察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委託費の請求権を失うこととなります。

(8) その他

アフターケアの傷病ごとに、趣旨、対象者、措置範囲及びアフターケア手帳の有効期限が定められています。

厚生労働省ホームページに、パンフレット「アフターケア制度のご案内」、
「社会復帰促進事業としてのアフターケア実施要領」及びその別紙の「傷病別アフターケア実施要綱」が掲載されています。

URL:https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/roudoukijun/rousai/after.html



アフターケア委託費請求書

実施要領様式第5号

※標準
字体

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

アフターケア委託費請求書

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|
| 領票種別 <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="3"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="7"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="7"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="0"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="0"/> | ※修正項目番号 <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | ① ※管轄局 <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> | ② ※受付年月日 令和 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 年 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 月 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 日 年・月・日はそれぞれ右詰め | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ③ 指定病院等の番号 <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ④ 請 求 金 額 <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">千</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">百</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">十</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">元</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">角</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">分</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">厘</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">毫</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">絲</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">忽</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">微</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">塵</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">沙</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">渺</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">漠</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">滅</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">亡</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">無</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">¥</td><td style="text-align: center;">¥</td><td style="text-align: center;">¥</td><td style="text-align: center;">¥</td><td style="text-align: center;">¥</td><td style="text-align: center;">¥</td><td style="text-align: center;">¥</td><td style="text-align: center;">¥</td><td style="text-align: center;">¥</td><td style="text-align: center;">¥</td><td style="text-align: center;">¥</td><td style="text-align: center;">¥</td><td style="text-align: center;">¥</td><td style="text-align: center;">¥</td><td style="text-align: center;">¥</td><td style="text-align: center;">¥</td><td style="text-align: center;">¥</td><td style="text-align: center;">¥</td> </tr> </table> 金額の頭に¥マークを付けてください。 | | 千 | 百 | 十 | 元 | 角 | 分 | 厘 | 毫 | 絲 | 忽 | 微 | 塵 | 沙 | 渺 | 漠 | 滅 | 亡 | 無 | ¥ | ¥ | ¥ | ¥ | ¥ | ¥ | ¥ | ¥ | ¥ | ¥ | ¥ | ¥ | ¥ | ¥ | ¥ | ¥ | ¥ | ¥ | ⑤ 内訳書添付枚数 <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> |
| 千 | 百 | 十 | 元 | 角 | 分 | 厘 | 毫 | 絲 | 忽 | 微 | 塵 | 沙 | 渺 | 漠 | 滅 | 亡 | 無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¥ | ¥ | ¥ | ¥ | ¥ | ¥ | ¥ | ¥ | ¥ | ¥ | ¥ | ¥ | ¥ | ¥ | ¥ | ¥ | ¥ | ¥ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑥ 請求年 令和 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 年 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 月分 | | ⑦ 請求月 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 年 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 月分 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※修正欄 <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※印の欄は記入しないで行ってください。

_____ ほか _____ 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
(病院又は診療所) 名 称 _____

代表者氏名 _____

電話番号 _____

労働局長 殿

受付印

(物品番号 81201) 6.5

※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(実施要領様式第5号)帳票番号37700

【記載要領】

「④ 請求金額」

金額の訂正はできませんので、金額を誤って記入した場合は、新たに請求書を作成してください。

「⑦ 内訳書添付枚数」

アフターケア委託費請求内訳書(レセプト)の枚数を「続紙」を除いて記載してください。

「⑥ 請求年」の元号

「9」(令和)を必ず記載してください。

「⑥ 請求年」「⑦ 請求月」

添付されたアフターケア委託費請求内訳書(レセプト)のうち、最新の診察の元号及び年月を記入してください。

【アフターケア委託費請求書の作成枚数】

何人分・何か月分あったとしても、請求する際に1枚作成してください。

受診者ごとに作成したり、遡って数か月分請求する場合でも月ごとに作成したりする必要はありません。

アフターケア委託費請求内訳書

※記入時の留意点

実施要領様式第5号の2

標準字体 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

| | | | | | |
|---|--|---|---|---|--|
| 振替種別 <input type="text" value="37702"/> | | 修正項目番号 <input type="text"/> | | ① 支払額 百円 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 円 | |
| ② アフターケア手帳番号 西暦年 <input type="text"/> <input type="text"/> 所轄局 <input type="text"/> <input type="text"/> 傷病番号 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 振出番号 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 枚番号 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | | | | | |
| ③ 診察年月日 7平成 元号 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 9令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 <small>年・月・日はそれぞれ右詰め</small> | | | ④ 査定額 増 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 円 減 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 円 | | |
| ⑤ 検査年月日 (健康診断年月日) 7平成 元号 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 9令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 <small>年・月・日はそれぞれ右詰め</small> | | ⑥ 増減理由 <input type="text"/> <input type="text"/> | | ⑦ 処理区分 <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| ⑧ 合計額 百円 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 円 ()+() | | ⑨ 決定年月日 9令和 元号 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 | | | |
| ⑩ 修正額 百円 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 円 | | | 修正額 <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"/> | | |

アフターケア委託費請求内訳書

職員記入欄

| | | | | | |
|------------------|-------|----------------------|-------------|-------|-------|
| 受診者の氏名 | | | 病院等の名称 | | |
| 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。 | | 傷病の経過 | |
| 病床数 | 床 | 前回の検査年月日 | 年 | 月 | 日 |
| 診療内訳 | | | 点数(点) | 金額 | |
| 初診 | 時間外 | 回 | 初診 | 年 | 月 日 |
| 再診 | 時間外 | 回 | 再診 | 年 | 月 日 |
| 外来 | 診療料 | 回 | 小計 | | (口) 円 |
| 保指標準 | | | 摘要 | | |
| 投薬 | 内服薬剤 | 単位 | 診断書料 5,000円 | | |
| | 調剤 | 回 | | | |
| | 屯服薬剤 | 単位 | | | |
| | 外用薬剤 | 回 | | | |
| | 調剤 | 回 | | | |
| | 処方 | 回 | | | |
| | 麻毒 | 回 | | | |
| | 調基 | 回 | | | |
| 注射 | 皮下筋肉内 | 回 | | | |
| | 静脈内 | 回 | | | |
| 処置 | 薬剤 | 回 | | | |
| 麻酔 | 薬剤 | 回 | | | |
| 検査 | 薬剤 | 回 | | | |
| 画像診断 | 薬剤 | 回 | | | |
| その他 | | | | | |
| 小計 | | 点 (イ) | | | |

●アフターケアでは認められないもの
 (労災特掲料金) 初診時ブラッシング料、再診時療養指導管理料
 (健保点数) 外来管理加算、在宅自己導尿指導管理料、てんかん指導料

●アフターケアのみ認められるもの
 アフターケアの対象者が日常生活を送る上で、医師の指導が必要であることから、「保健指導」を設けており、再診の場合に月2回まで算定することができます(許可病床数200床未満の医療機関に限ります)。「保健指導」の点数は、健保点数表に定める「特定疾患療養管理料」の点数により算定しますが、特定疾患に限られたものではなく、アフターケアの全対象傷病を対象としています。

●「医学的に特に必要と認められる場合に限り実施」するものについて
 レセプトの摘要欄に、「特に必要を認められる」理由を具体的に記載してください。

(物品番号 81203) 6.5

アフターケア委託費請求内訳書(実施要領様式第5号の2)帳票番号37702

【記載要領】

「委託費請求内訳書」の作成

労災診療費は一人1か月に1枚作成しますが、アフターケアでは1診察及び検査日につき、アフターケア委託費請求内訳書(レセプト)1枚を作成します。

「② 手帳番号」

アフターケア手帳番号欄には、アフターケア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、**アフターケア手帳が、更新・再交付されると「枝番号」が変わります**ので、ご注意ください。

「③ 診察年月日」・「⑤ 検査年月日」

元号欄に「9」(令和)を必ず記載してください。

「アフターケア実施期間の更新に関する診断書」に係る文書料

令和8年6月1日以降に作成した診断書の文書料については、レセプトの「摘要」欄に「診断書料 5,000円」と記載してください。

「摘要」欄

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

その他については、労災診療費に準じてください。

4 二次健康診断等給付

(1) 制度の概要

「二次健康診断等給付」は、労働者の業務による**脳・心臓疾患の発症を予防**するため、定期健康診断等の結果、脳・心臓疾患に関連する一定の項目について異常の所見が認められた場合に労災保険の保険給付として、より精度の高い健康診断と保健指導を給付するものです。

二次健康診断等給付は、労災病院又は都道府県労働局長が指定する病院若しくは診療所(以下「健診給付病院等」といいます。)において、直接二次健康診断及び特定保健指導そのものを給付する、いわゆる現物給付方式により行います。したがって、労災診療費と同様に健診給付病院等は、二次健康診断等給付の費用の請求を所轄労働局長に対して行うこととなります。

(2) 労災保険二次健康診断等給付担当規程

健診給付医療機関にかかる指定契約については、具体的には、管轄労働局長と健診給付医療機関との間で、「労災保険二次健康診断等給付担当規程」により、健診給付医療機関の任務を始めとして、担当方針や内容、診療費の算定方法、給付にかかる検査等の費用額、その請求方法等の必要な事項が定められています。

「労災保険二次健康診断等給付担当規程」については、55～59 ページを参照してください。

(3) 健診給付病院等になるための指定手続き

健診給付病院等の指定を受けようとする医療機関の開設者は「労災保険二次健康診断等給付医療機関指定申請書(様式第1号)」を管轄労働局長宛てに提出することとなっています。

なお、現在、労災診療費等の労災指定を受けている医療機関であっても、健診給付病院等の指定の申請は必要となります。

(4) 給付の要件

二次健康診断等給付は、労働安全衛生法の規定による定期健康診断等のうち、直近のもの(以下「一次健康診断」といいます。)において、次の全ての検査項目について異常の所見があると診断された労働者が受けることができます。

①血圧検査、②血中脂質検査、③血糖検査、④腹囲の検査又はBMI(肥満度)の測定

※ 一次健康診断の結果、①から④の検査項目において異常の所見がないと診断された場合であっても、産業医等が、診断を受けた労働者の就業環境等を総合的に勘案し異常の所見があると判断した場合には、産業医等の意見を優先し、異常の所見があるとみなします。

※ 次の場合は、二次健康診断等給付を受けることができません。

- ・すでに脳血管疾患又は心臓疾患の症状を有している場合
- ・労災保険に特別加入している者の場合
- ・二次健康診断等給付の請求日が一次健康診断の受診日から3か月経過している場合(天災その他請求しなかったことについて

- やむを得ない理由があると認められる場合は除きます。)
- ・当該年度内に二次健康診断等給付を既に1回受給している場合

(5) 支給要件

二次健康診断等給付は、二次健康診断と特定保健指導を給付することとなっています。それぞれの内容は次のとおりです。

● 二次健康診断

- ① 空腹時血中脂質検査
- ② 空腹時血糖値検査
- ③ ヘモグロビンA1c検査
- ④ 負荷心電図検査(四肢単極誘導及び胸部誘導を含む最低12誘導)又は胸部超音波検査(経胸壁心エコー法)のいずれか一方の検査
- ⑤ 頸部超音波検査(頸部エコー検査)
- ⑥ 微量アルブミン尿検査(定量)

※ ①、②、④、⑤は必須の検査項目となります。

③は一次健康診断で行われた場合は、二次健康診断では実施できません。

⑥は一次健康診断の尿蛋白検査において、疑陽性(±)又は弱陽性(+)の所見があると診断された場合に限り実施することとなります。

● 特定保健指導

- ①栄養指導、②運動指導、③生活指導

※ 特定保健指導は、二次健康診断の結果、脳血管疾患又は心臓疾患の症状を有していると診断された場合は実施できないこととなっています。(有していない場合は必ず実施しなければなりません。)なお、特定保健指導の具体的な実施内容、実施方法、実施時間の目安等を定めた「特定保健指導の実施基準」(61～69ページ)を参照してください。

(6) 給付に係る検査等の費用額

二次健康診断等給付に要した検査等の費用として支払われる額は、検査等の組合せにより定められています。「健診費用算定組合せ表」(60ページ)を参照してください。

(7) 給付に係る費用請求方法

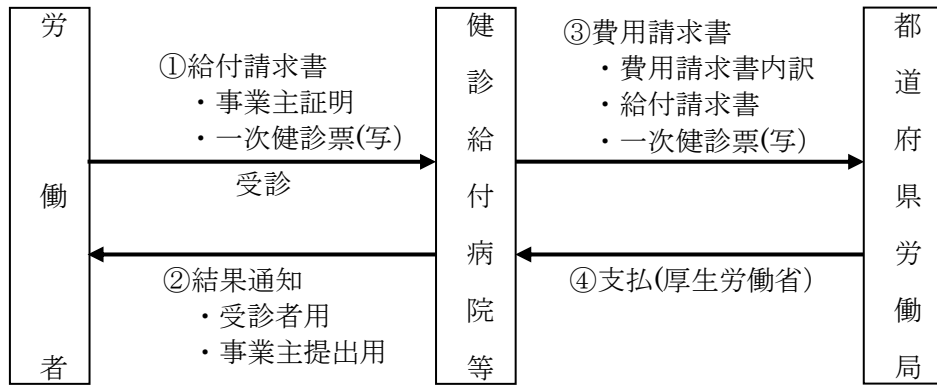
健診給付病院等が二次健康診断等給付の費用を請求するときは、二次健康診断等費用請求書及び内訳書(45～46ページ参照)に、労働者が事業主証明を受けて持参した二次健康診断等給付請求書(様式第16号の10の2)(94～95ページ参照)と一次健康診断結果票(写)を添付して、管轄労働局長に提出(月末締、翌月10日請求)することになります。

(8) 二次健康診断等に要した費用請求権の時効

健診給付病院等の二次健康診断等に要した費用請求権の消滅時効は、民法第166条第1項の規定によって**5年**とされていますので、二次健診受診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費用請

求権を失うこととなります。

【二次健康診断等給付の流れ図】



二次健康診断等費用請求書

二機様式第1号

標準
字体

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

労働者災害補償保険二次健康診断等費用請求書

| | | | | |
|---|--|--|--|---|
| 帳票種別 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: large;">3 8 7 0 0</div> | ※修正項目番号 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> | ① 健診給付病院等の番号 <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="margin: 0 5px;">9 令和</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> </div> | ② 受付年月日 元号 年 月 日 1~9年・月・日はそれぞれ右へ | ⑦ ※管轄局 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> |
|---|--|--|--|---|

| | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|--|--|--|--|--|---|--|
| ③ 請求金額 <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; font-size: small;">千</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">百</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">十</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">元</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> <p style="font-size: x-small;">金額の頭に¥マークを付けてください。</p> | 千 | 百 | 十 | 元 | | | | | ④ 内訳書添付枚数 <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; font-size: small;">枚</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> | 枚 | |
| 千 | 百 | 十 | 元 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 枚 | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

ただし、9 令和 年 月 日

⑤ 請求年 ⑥ 請求月 ※修正欄

_____ ほか _____ 名に対する二次健康診断等費用の内訳は、別紙内訳書のとおり。

上記の金額を請求します。

令和 年 月 日

郵便番号 - -

住 所
(所在地) _____

請 求 人 の 名 称
(病院又は診療所) _____

責任者氏名 _____

_____ 労働局長 殿 電話番号 - -

受付印

(物品番号72615) 4.5

※コピーして使用することはできません。

二次健康診断等費用請求内訳書

| | | | |
|---|---|---|--------------------|
| 二健康様式第2号 (都道府県労働局提出用) | | 健康給付 病院等 番号 | 健康給付 病院等の 名称 |
| 健康種別 <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> ※修正項目番号 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> | | ①支払額 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> | |
| ② 府県 所管 管轄 基幹番号 検査号 <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=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> | | ③増減コード及び増減額 +増 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> | |
| ④労働者のシメイ(カナ) 姓と名の間は1文字あけてください。 <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=""/> | | ⑤増減理由 ⑥処理区分 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> | |
| ⑦労働者の生年月日 大正昭和 <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=""/> | | ⑧決定年月日 大正昭和 <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=""/> | |
| ⑨二次健康診断実施年月日 大正昭和 <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=""/> | | ⑩請求額 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> | |
| 事業名称 | | | |
| 事業所在地 | | 都道府県 | 郡市区市 |
| 検査項目1 | ⑪空腹時血中脂質検査 1有 <input type="checkbox"/> 3無 <input type="checkbox"/> | ※ 受診者に当該検査を必ず行ってください。 | |
| 検査項目2 | ⑫空腹時血糖値検査 1有 <input type="checkbox"/> 3無 <input type="checkbox"/> | ※ 受診者に当該検査を必ず行ってください。 | |
| 検査項目3 | ⑬ヘモグロビンA1c検査 1有 <input type="checkbox"/> 3無 <input type="checkbox"/> | ※ 一次健康診断でヘモグロビンA1c検査を行っていない者に限り行ってください。 | |
| 検査項目4 | ⑭負荷心電図検査又は胸部超音波検査(心エコー検査) 1負荷心電図 <input type="checkbox"/> 3胸部超音波 <input type="checkbox"/> | ※ 1又は3のいずれか一方の検査を行ってください。 | |
| 検査項目5 | ⑮頸部超音波検査(頸部エコー検査) 1有 <input type="checkbox"/> 3無 <input type="checkbox"/> | ※ 受診者に当該検査を必ず行ってください。 | |
| 検査項目6 | ⑯微量アルブミン尿検査 1有 <input type="checkbox"/> 3無 <input type="checkbox"/> | ※ 一次健康診断における尿蛋白検査で、疑陽性(±)又は弱陽性(+)の所見が認められた者に限り行ってください。 | |
| | ⑰特定保健指導 1有 <input type="checkbox"/> 3無 <input type="checkbox"/> | ※ 二次健康診断において、脳又は心臓疾患の症状が認められない者に限り行ってください。 | |
| | ⑱脳又は心臓疾患の症状の有無 1有 <input type="checkbox"/> 3無 <input type="checkbox"/> | ※ 受診者に当該症状が認められるか否かの確認を行ってください。 | |
| 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=""/> | |

※コピーして使用することはできません。

第3 資料

1 担当規程

- (1) 労災保険指定医療機関療養担当規程
- (2) 労災保険二次健康診断等給付担当規程

2 届出関係様式

- 「労災指定病院等登録(変更)報告書」
- 「労災指定医療機関変更届」
- 「労災保険指定医療機関休止・辞退届」
- 「労災保険二次健診等給付医療機関休止・辞退届」

3 治療用装具等の取扱

4 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 |
| 様式第7号(1) | 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8号 | 休業補償給付支給請求書、複数事業労働者休業給付支給請求書 |
| 様式第10号 | 障害補償給付・複数事業労働者障害給付支給請求書 |
| 様式第10号(添付) | 労働者災害補償保険診断書 |
| 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10の2 | 二次健康診断等給付請求書 |

労災保険指定医療機関療養担当規程

(平成7年7月25日付け基発第476号)
最終改正 平成25年4月8日付け基発0408第1号

※本文中の「健康管理手帳」は「アフターケア手帳」に、業務災害に係る様式名は複数業務要因災害を含む様式名に、それぞれ読み替えてください。

第1章 診療の担当

(任 務)

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

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

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

(療養の給付の担当の範囲)

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

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

(アフターケア及び外科後処置の担当の範囲)

第3 指定医療機関が担当するアフターケアの範囲は、次のとおりとする。

- 1 診察
- 2 保健指導
- 3 保健のための処置
- 4 検査
- 5 保健のための薬剤の支給

② 指定医療機関が担当する外科後処置の範囲は、次のとおりとする。

- 1 診察
- 2 薬剤又は治療材料の支給
- 3 処置、手術その他の治療
- 4 病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護
- 5 筋電電動義手の装着訓練等

(療養の給付、アフターケア及び外科後処置の担当方針)

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

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

(受給資格の確認等)

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

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

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

内診療所あて提出させた後、管轄労働局長を経由し、所轄労働基準監督署長に提出しなければならない。

(証明の記載)

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

(助力)

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

(診療録の記載及び整理)

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

② 前項の診療録には、前項の事項のほか、次の事項を記載しなければならない。

- 1 診療に関して証明又は診断書の交付を行ったときは、当該証明又は診断書等の概要と交付年月日
- 2 初診時に既往の身体障害が認められたときはその概要

(帳簿等の保存)

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

(通知)

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

- 1 傷病労働者の所属する事業場の保険関係について、疑わしい事情が認められるとき
 - 2 負傷又は疾病の原因又は発生状況について、傷病労働者又はその関係者より聴取した事項と療養給付請求書に記載されている事実との間に重大な相違が認められるとき
 - 3 負傷又は疾病が業務上又は通勤によるものと認めることに疑いのあるとき
 - 4 負傷又は疾病の原因が事業主又は労働者の故意又は重大な過失によるものと認められるとき
- ② 指定医療機関は、傷病労働者等又はその関係者が次の各号の一に該当する場合には、その診療又は証明を拒否するとともに、速やかにその旨を所轄労働基準監督署長又は健康管理手帳及び外科後処置承認決定通知書を交付した都道府県労働局長に通知すること。
- 1 療養の給付、アフターケア若しくは外科後処置を請求した者又はその関係者が詐欺その他不正な行為により、診療を受け若しくは受けようとし又は診療を受けさせ若しくは受けさせようとしたとき

- 2 療養の給付、アフターケア又は外科後処置を請求した者が、正当な理由がないにもかかわらず、診療担当医の診療に関する指示に従わないとき
- 3 不正又は不当な証明を強要したとき

第2章 診療の方針

(診療の一般の方針)

- 第11 診療担当医の診療は、第4及び第12から第14までの規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。
- 1 診察、薬剤又は治療材料の支給、処置、手術、理学療法、その他の治療は、一般に療養上必要があると認められる場合に、必要の程度において行うこと。
 - 2 医学上一般に医療効果の不明又は認められない特殊な療法又は新しい療法は、これを行わないこと。
 - 3 健康保険法の規定に基づき厚生大臣の定めるもの以外の医薬品は、原則として施用し又は処方しないこと。ただし、傷病労働者の病状によりその必要が認められ、かつ、この効果が明らかに期待できると認められる場合には、この限りでないこと。
 - 4 収容の指示は、療養上必要があると認められた場合のみ行い、収容を必要とした療養上の理由が無くなったときは、直ちに退院の指示を行うこと。
 - 5 アフターケアは、アフターケア実施要領に定める範囲内で行うこと。
 - 6 外科後処置は、外科後処置実施要綱に定める範囲内で行うこと。

(転医及び対診)

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

(転医の取扱い)

- 第13 診療担当医は、傷病労働者が他の医療機関に転医を希望する場合には、当該傷病労働者の診療について、次に掲げる事項を記載した文書を当該傷病労働者又はその関係者に交付し、転医後の医師又は歯科医師に提出するよう指示すること。
- 1 傷病労働者の氏名、年齢及び性別
 - 2 傷病の部位及び傷病名
 - 3 初診時における負傷又は疾病の状態(初診時において既往の身体障害が認められたものについては、その概要も記載すること。)及び傷病の経過の概要(手術又は検査の主要所見と病状の概要)
- ② 診療担当医は、他の医療機関から転医してきた傷病労働者等について、その病状から必要がある場合には、転医前の医療機関に対して当該傷病労働者にかかわる転医前の診療の経過に関する文書を求めるものとする。

(施術の同意)

- 第14 診療担当医は、傷病労働者の負傷又は疾病が自己の診療行為を必要とする

症状であるにもかかわらず、みだりに施術業者の施術を受けることに同意を与えてはならない。

第3章 療養の給付に関する診療費の請求

(診療費の算定方法等)

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

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

(診療費の請求手続)

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

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

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

第4章 アフターケア及び外科後処置に関する委託費の請求

(委託費の算定方法)

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

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

(委託費の請求手続)

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

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

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

第5章 指定医療機関の取扱い

(指定期間等)

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

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

(表示)

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

(標札)

様式
第一号



様式
第二号



(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

(指定の取消)

第21 指定医療機関が、次の各号の一に該当する場合には、都道府県労働

局長は、その指定を取り消すことができる。

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

(変更事項の届出)

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

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

第 6 章 その他

(施行期日等)

第 23 平成 25 年 4 月 8 日付け基発 0408 第 1 号による改正後の本規定は平成 25 年 4 月 8 日から施行する。

労災保険二次健康診断等給付担当規程

(平成 13 年 3 月 30 日付け基発第 234 号)
最終改正 令和 2 年 6 月 30 日付け基発 0630 第 1 号

第 1 章 二次健康診断等給付の担当

(任務)

第 1 労働者災害補償保険法施行規則(以下「則」という。)第 11 条の 3 の規定に基づき都道府県労働局長の指定を受けた病院及び診療所(以下「健診給付医療機関」という。)は、則第 11 条の 3 第 1 項の規定により、政府が行うべき二次健康診断等給付を政府に代わって行うものとする。

- ② 健診給付医療機関は、労働者災害補償保険法の規定によるほか、この規程の定めるところにより、二次健康診断等給付を受けることができる者の二次健康診断等給付を担当すること。
- ③ 健診給付医療機関は、当該健診給付医療機関において二次健康診断等給付に従事する医師(以下「健診担当医」という。)をして前 2 項の規定に遵守させるものとする。

(二次健康診断等給付の担当の範囲)

第 2 健診給付医療機関が担当する二次健康診断等給付の範囲は次のとおりとする。

1 二次健康診断

- (1) 空腹時の低比重リポ蛋白コレステロール(LDLコレステロール)、高比重リポ蛋白コレステロール(HDLコレステロール)及び血清トリグリセライドの量の検査
- (2) 空腹時の血中グルコースの量の変化
- (3) ヘモグロビン A 1 c 検査
ただし、一次健康診断においてヘモグロビン A 1 c 検査を行っていた場合を除く。
- (4) 負荷心電図検査又は胸部超音波検査
- (5) 頸部超音波検査
- (6) 微量アルブミン尿検査
ただし、一次健康診断における尿中蛋白の有無の検査において、疑陽性(±)又は弱陽性(+)の所見があると判断された場合に限る。

2 特定保健指導

- (1) 生活指導
- (2) 栄養指導
- (3) 運動指導

(二次健康診断等給付の担当方針)

第 3 健診給付医療機関及び健診担当医は、次に掲げる方針により二次健康診断等給付を行うものとする。

- 1 二次健康診断に当たっては、的確な診断を行うこと

- 2 二次健康診断及び特定保健指導(以下「二次健康診断等」という。)に当たっては、懇切丁寧を旨とし、給付対象者に理解し易いように伝達・指導すること
 - 3 二次健康診断に当たっては、常に医学の立場を堅持し、給付対象者の心身の状態を観察すること
 - 4 特定保健指導については、別添「特定保健指導の実施基準」に基づき実施すること
- ② 胸部超音波検査及び頸部超音波検査の一方又は両方を他の医療機関に委託する場合にあっては、胸部超音波検査及び頸部超音波検査について他の適当な医療機関を紹介すること。

(受給資格の確認等)

第4 健診給付医療機関は、給付対象者から二次健康診断等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「二次健康診断等給付請求書」(事業主証明欄が記載されているものに限る。以下「給付請求書」という。)及び添付書類(一次健康診断の受診日及びその健康診断結果が記載されているものに限る。)によって二次健康診断等給付を受ける資格があることを確認した後、二次健康診断等を行うこと。

- ② 給付対象者から提出された前項の給付請求書は、当該給付請求書に当該健診給付医療機関の名称を記入の上、遅滞なく、健診給付医療機関の所在地を管轄する労働局長(以下「所轄労働局長」という。)に対し提出しなければならないこと。

(助力)

第5 健診給付医療機関は、給付対象者の状態が療養を行われる必要があるとめた場合、速やかに当該対象者又はその関係者に医療行為の手続を取らせるよう、必要な助力をすること。

この場合、全てが労働者災害補償保険の対象となるものでないことに留意すること。

(個人情報保護)

第6 健診給付医療機関は、個人情報の保護の重要性を認識し、二次健康診断等に当たっては、個人の権利利益を侵害することのないよう、個人情報を適切に取り扱わなければならないこと。

- ② 健診給付医療機関は、二次健康診断等に関して知り得た個人情報の漏えい、滅失及びき損の防止その他個人情報の適切な管理のために必要な措置を講じること。また、みだりに他人に知らせてはならないこと。
- ③ 健診給付医療機関は、二次健康診断等処理するために個人情報を収集するときは、目的を明確にするとともに、目的を達成するために必要な範囲内で、適法かつ公正な手段により行わなければならないこと。また、二次健康診断等処理するために個人情報を収集するときは、本人から収集し、本人以外から収集するときは、本人の同意を得た上で収集しなければならないこと。
- ④ 健診給付医療機関は、二次健康診断等に関して知り得た個人情報を二次健康診断等の目的以外の目的のために利用し、又は第三者に提供してはならな

いこと。

ただし、特定保健指導の実施において給付対象者から同意を得ている場合に限り事業場に選任されている産業医等に対し、特定保健指導の結果について提供を行うことができること。

- ⑤ 健診給付医療機関は、二次健康診断等を行うための個人情報処理は、自ら行うものとし、第三者にその処理を提供してはならないこと。

ただし、健診給付医療機関が、胸部超音波検査及び頸部超音波検査並びに採血及び採尿の成分の分析の実施を委託することを予め明示しており、その明示している内容の範囲において業務の一部を委託する場合には、この限りではないこと。

(二次健康診断等の記録の記載及び整理)

第7 健診給付医療機関は、給付対象者に関する二次健康診断等の記録を調整し、二次健康診断等給付に関し必要な事項を記載し、これを他の診療録及び健康診断記録と区別して整備すること。

(帳簿の保存)

第8 健診給付医療機関は、二次健康診断等給付に関する帳簿及び書類その他の記録をその完結の日から3年間保存すること。

(通知)

第9 健診給付医療機関は、給付対象者が次の各号の一に該当する場合には、遅滞なく、意見を付して、その旨を給付対象者の所属する事業場の所在地を管轄する労働局長(以下「所轄労働局長」という。)に通知すること。

- 1 給付対象者の所属する事業場の保険関係について疑わしい事情が認められるとき
- 2 一次健康診断の受診年月日に疑いのあるとき
- 3 一次健康診断の結果に疑いのあるとき

② 健診給付医療機関は、給付対象者が次の各号の一に該当する場合には、その二次健康診断等又は証明を拒否するとともに、速やかにその旨を所轄労働局長に通知すること。

- 1 二次健康診断等給付を請求した者又はその関係者が詐欺その他不正な行為により二次健康診断等を受け若しくは受けようとし又は二次健康診断等給付を受けさせ若しくは受けさせようとしたとき
- 2 不正又は不当な証明を強要したとき

第2章 二次健康診断等の方針

(二次健康診断等の一般方針)

第10 健診担当医による二次健康診断等は、第3の規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。

- 1 二次健康診断等と同時に当該給付の健康診断の検査項目以外の検査項目及び特定保健指導の指導項目以外の指導項目を行わないこと。
- 2 二次健康診断の検査項目及び特定保健指導の指導項目は、その全てを行うこと。

- 3 二次健康診断の検査のうち、胸部超音波検査及び頸部超音波検査並びに採血及び採尿の成分の分析以外については当該健診給付医療機関以外で行ってはならないこと。
- 4 給付対象者に二次健康診断等受診結果を交付する際は、二次健康診断等の重要性について丁寧に説明を行い、「事業主提出用」の用紙を確実に提出するよう働きかけを行うこと。

第3章 二次健康診断等給付に関する診療費の請求

(健診費用の算定方法等)

第11 健診給付医療機関が、二次健康診断等給付に関し政府に請求することを得る二次健康診断等に要した費用(以下「健診費用」という。)の額は、別紙により算定するものとする。

- ② 政府は、健診給付医療機関から二次健康診断等給付に関する費用の請求書が提出されたときは、別に定めるところにより審査を行いこれを支払うものとする。

(健診費用の請求手続き)

第12 健診給付医療機関は、第11の規定により算定した毎月分の健診費用の額を労働者災害補償保険二次健康診断等費用請求書(以下「費用請求書」という。)に二次健康診断等費用請求内訳書(以下「内訳書」という。)を添付して、管轄労働局長に提出すること。

ただし、健診給付医療機関が行った次の各号の一に該当する二次健康診断等については、それに要した費用の全部又は一部を支払わないこと。

- 1 第2の規定の1号に定める検査以外の検査及び同2号に定める特定保健指導以外の保健指導
 - 2 二次健康診断の結果、脳・心臓疾患の症状を有していると診断された場合の特定保健指導
- ② 前項の費用請求書及び内訳書は、厚生労働省労働基準局長が定めた様式によるものとする。
 - ③ 胸部超音波検査及び頸部超音波検査の一方又は両方を他の医療機関に委託する場合にあっては、特定保健指導を行った健診給付医療機関が健診費用を請求すること。また、その場合の費用配分等については、的確な経理管理を行うこと。

第4章 健診給付医療機関の取扱い

(指定期間等)

第13 則第11条の3の規定による健診給付医療機関の指定は、指定日から起算して3年を経過したときはその効力を失うものとする。

ただし、指定の効力を失う日前6月より同日前3月までの間に健診給付医療機関から別段の申し出がないときはその指定はその都度更新されるものとする。また、医業の廃止、休止又は指定の辞退により健診給付医療機

関としての資格の存続ができなくなったときは、様式第6号「労災保険健診給付医療機関休止・辞退届」により、当該指定を行った管轄労働局長に届け出るものとする。

この場合、当該健診給付医療機関の所在地を管轄する労働基準監督署長（以下「管轄監督署長」という。）を経由する方法によることも可能とすること。

(表示)

第14 健診給付医療機関は、則様式第5号及び第6号による標札を見やすい場所に掲げること。

(指定の取消し)

第15 健診給付医療機関が、次の各号の一に該当する場合には、管轄労働局長は、その指定を取り消すことができること。

- 1 健診費用の請求に関し、不正行為があったとき
- 2 関係法令及び本規程に違反したとき
- ② 前項により指定の取り消しを受けた医療機関の開設者が当該決定に不服があるときは、決定の通知を受けた日から3か月以内に指定取消しを行った管轄労働局長に再調査を申し出ることができること。

(変更事項の届出)

第16 健診給付医療機関の開設者は、次の各号の一に掲げる事由が生じたときは、速やかにその旨及びその年月日を管轄労働局長に届け出なければならないこと。

この場合、管轄監督署長を経由する方法によることも可能とすること。

- 1 健診給付医療機関の代表者（法人にあっては当該法人の代表者、個人にあっては当該個人）に異動があったとき
- 2 名称又は所在地に変更があったとき
- 3 指定申請の際に提出した健康診断施設等概要書に記載した重要事項その他都道府県労働局長が必要と認めた事項に変更があったとき

健診費用算定組合せ表

| 検 査 項 目 | 検 査 の 有 無 | | | | | | | |
|--------------------------|-----------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 空腹時血糖値検査 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 空腹時血中脂質検査 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ヘモグロビンA1c検査 | ○ | × | ○ | × | ○ | × | ○ | × |
| 負荷心電図検査 | × | × | × | × | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 胸部超音波検査 | ○ | ○ | ○ | ○ | × | × | × | × |
| 頸部超音波検査 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 微量アルブミン尿検査 | ○ | ○ | × | × | ○ | ○ | × | × |
| 特定保健指導を行った 場合の合計額(円) | 32,332 | 30,244 | 30,700 | 28,612 | 26,332 | 24,244 | 24,700 | 22,612 |
| 特定保健指導を行わな い場合の合計額(円) | 25,132 | 23,044 | 23,500 | 21,412 | 19,132 | 17,044 | 17,500 | 15,412 |

<留意事項>

1 ヘモグロビンA1c検査について

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

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

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

胸部超音波検査については、「経胸壁心エコー法」により実施すること。

3 微量アルブミン尿検査について

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

微量アルブミン尿検査については、「定量」により実施すること。

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

特定保健指導の実施基準

1 特定保健指導を実施する目的

特定保健指導は、医師又は保健師が受診者に栄養指導(適切なカロリーの摂取等食生活上の指針を示す指導)、運動指導(必要な運動の指針を示す指導)及び生活指導(飲酒、喫煙、睡眠等の生活習慣に係る指導)を行い、生活習慣の改善の必要性を説明するとともに、生活上の問題点及び就労上の問題点を抽出し、事業主に対し、二次健康診断結果と併せて就業上の配慮に結びつく情報を伝達することにより、脳・心臓疾患の発生の予防を図ることを目的としている。

2 特定保健指導の実施基準を策定した趣旨

特定保健指導は、栄養指導、運動指導及び生活指導のすべてを行うものであるが、これまで具体的な実施内容や実施方法等を定めていなかったことから、今般、特定保健指導の実施内容、実施方法、実施時間の目安等を定めた実施基準を策定したものである。

本実施基準を策定することにより、健診給付医療機関ごとに異なっていた特定保健指導の実施内容、実施方法、実施時間の斉一性が図られることになり、もって、脳・心臓疾患の発生の適切な予防に資することとなる。

3 特定保健指導の除外対象者

労働者災害補償保険法(以下「法」という。)第26条第3項の規定により二次健康診断の結果その他の事情により既に脳血管疾患又は心臓疾患の症状を有すると認められる労働者については、特定保健指導を行わないものとされている。

4 特定保健指導の実施者

- (1) 法第26条第2項第2号の規定により、特定保健指導は医師又は保健師が行うこととされているが、二次健康診断等の受診結果には医師の所見を記入することとしており、当該所見により、事業主に対して受診者の就業上の配慮に結びつく情報が伝達されることから、面接指導は主に医師が行うものとする。

なお、面接指導の一部を保健師が行う場合は、医師の指示を基に具体的な指導を行う。

- (2) 面接指導を行う医師は、特定保健指導を行うにあたって十分な知識と経験を有する者とする。
- (3) 栄養指導については、主として管理栄養士が実施することとしても差し支えない。

5 特定保健指導の実施内容(別紙1 フロー図参照)

- (1) 労働者又は事業所担当者からの申し込みの受付
- (2) 名簿取り寄せ、日程調整等の事務処理
- (3) 就労の状況等に係る質問票の回収
- (4) 二次健康診断(検査)の実施
- (5) 面接指導の事前準備
- (6) 面接指導の実施

- (7) 二次健康診断等の受診結果の記入
- (8) 質問票、指導票及び受診結果の保管
- (9) 受診結果の通知

6 特定保健指導の実施方法(面接指導の進め方や注意点等)

(1) 面接指導の事前準備

事前準備として、受診者が記入した「就労の状況等に係る質問票」(別紙2。以下「質問票」という。)により、受診者の就労の状況、睡眠時間の状況、日常生活の状況等を把握する。

また、各種検査結果の数値や頸部超音波検査及び胸部超音波検査(該当者のみ)の画像を確認し、受診者の健康状態を把握する。

(2) 面接指導の実施

ア 「二次健康診断等給付特定保健指導票」(別紙3。以下「指導票」という。)に沿って、受診者に対して、①日常生活に関する事項(栄養、運動、生活)、②就労の状況に関する事項に関し順次問診し、受診者の抱える問題点を把握する。

この際、問診項目の確実な実施のため、問診した項目にチェックする。

イ 問診等により明らかとなった栄養、運動、生活に関する指導項目について受診者に指導するとともに、指導票の「重点を置く指導項目」欄をチェックする。また、生活上の問題点を抽出し、指導票の所定欄に記入する。

ウ 問診等により明らかとなった就労の状況に関する指導項目について受診者に指導するとともに、指導票の「重点を置く指導項目」欄をチェックする。また、就労上の問題点を抽出し、指導票の所定欄に記入する。

エ 面接指導に際し、受診者に対し、

- ・生活習慣と二次健康診断の結果との関係
- ・生活習慣を振り返る必要性
- ・脳・心臓疾患に関する知識
- ・脳・心臓疾患が受診者本人の生活に及ぼす影響

等から生活習慣の改善の必要性について説明する。

オ 面接指導に当たっては、画一的な指導ではなく、個々の受診者に合わせた指導を行い、生活習慣を改善する場合の利点及び改善しない場合の不利点について指導する。

カ 指導票の最下段に設けた産業医等への情報提供の同意欄について、求めがあった場合に詳細な情報を提供することの必要性を説明し、情報提供の同意を得た場合、署名を求める。

(3) 二次健康診断等の受診結果の記入

ア 面接指導終了後、「二次健康診断等の受診結果」(別紙4。以下「受診結果」という。)の医師の所見欄に二次健康診断及び特定保健指導の結果を踏まえた所見を記入する。その際、「二次健康診断等の受診結果」の医師の所見を記入する際に必要な視点及び記入例」(別紙5)を参考にする。

イ 特定保健指導に係る医師の所見欄には、指導票を基に本人の認識、考え方及び指導内容を記入する。

ウ 二次健康診断等の結果における医師の所見欄には、二次健康診断(検査)

結果及び特定保健指導の結果を踏まえ、脳・心臓疾患の発生を予防するために事業主が行うべき就業上の措置(配慮に結びつく情報を記入する。)

7 特定保健指導の実施時間の目安

特定保健指導における面接指導の実施時間の目安は20分以上とする。

これは、二次健康診断の検査結果(必要があれば一次健康診断の検査結果も併せて)を説明し、受診者が記入した質問票の内容を参考に、指導票に沿って栄養指導、運動指導及び生活指導を行い、各項目、生活上の問題点及び就労上の問題点を抽出して記入するまでの所要時間を考慮したものである。

8 受診結果の通知について

- (1) 二次健康診断等の結果を受診者に知らせ、受診者に、自分自身の健康状態、面接指導された内容及び就業する上で事業主に取ってもらうべき必要な措置又は配慮してもらう事項を理解してもらう必要がある。
- (2) 受診結果を受診者本人に直接渡す場合は、ただ渡すだけではなく、二次健康診断等の重要性について丁寧に説明を行い、受診結果を事業主に確実に提出するよう働きかけを行うことが必要である。

また、郵送で受診結果を交付する場合は、直接渡す場合と同様に二次健康診断等の重要性について理解してもらうとともに、受診結果を事業主に確実に提出することを勧奨する内容を記載した文書を同封する。

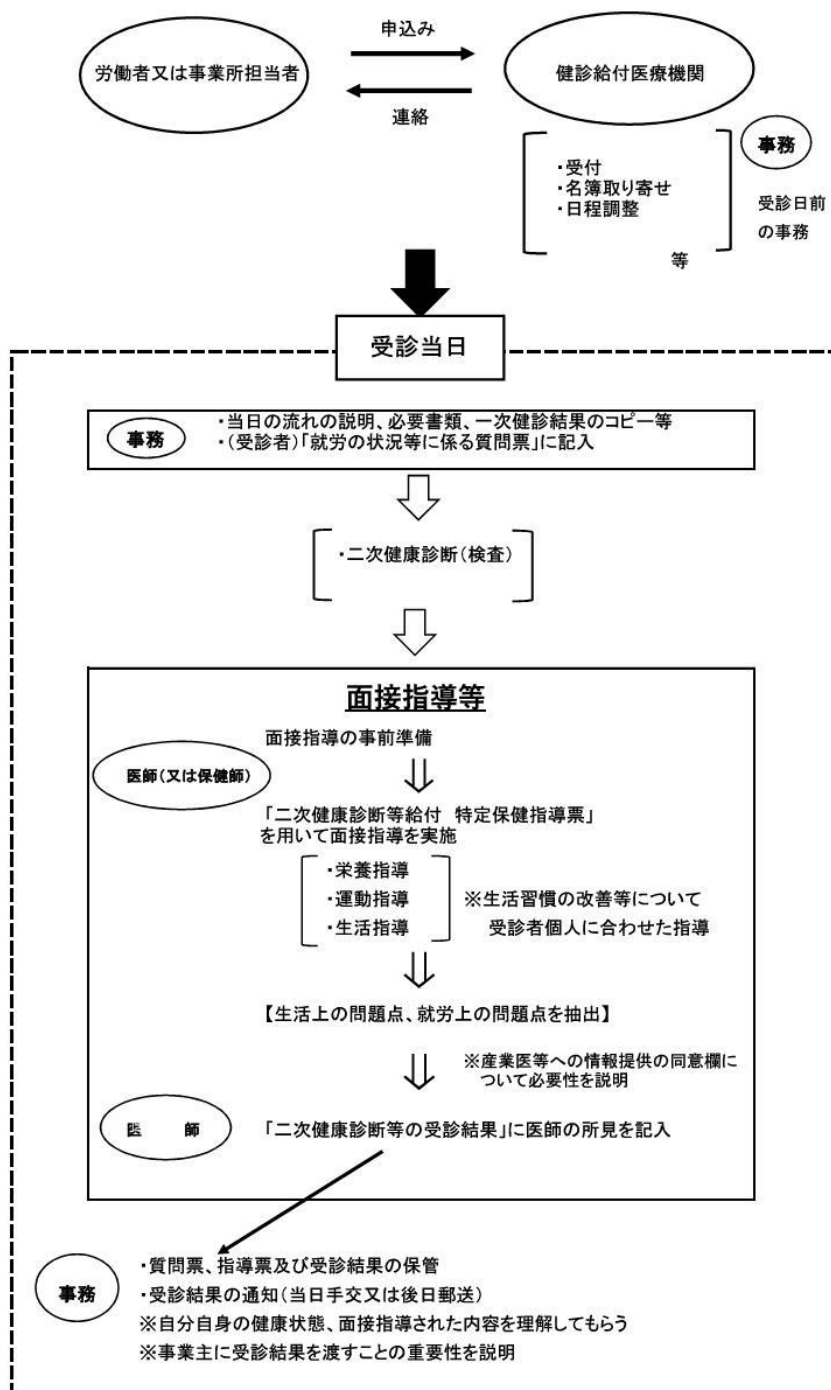
9 特定保健指導の費用の額

特定保健指導の費用の額は7,200円とする。

特定保健指導を行うに当たっては、医師等に加え事務担当者が様々な事務処理を行うこととなる。

費用の額は、特定保健指導の実施に要する医師等の給与、社会保険料等の人件費及び諸経費を積算して算定したものである。

特定保健指導のフロー図



| 就労の状況等に係る質問票 | | | |
|--|-------|------|-----------------|
| <p>◎記載に当たり、必ずお読み下さい。</p> <p>【就労の状況等について質問する目的】 脳血管疾患及び虚血性心疾患は、その発症の基礎となる動脈硬化等による血管病変又は動脈瘤、心筋変性等の基礎的病変が長い年月の生活の営みの中で形成され、それが徐々に進行し、増悪するといった自然経過をたどり発症に至ります。 しかしながら、長時間労働等の業務による明らかな過重負荷が加わることにより、血管病変等がその自然経過を超えて著しく増悪し、脳・心臓疾患を発症する場合がありますので、これら疾病の発生の予防に資するという二次健康診断等給付制度が創設された趣旨を踏まえ、受診者の方に就労の状況(労働時間、勤務形態、作業環境、精神的緊張の状態等)などについて、質問させていただくものです。</p> | | | |
| 給付対象者氏名 | (男・女) | 生年月日 | 大・昭・平 年 月 日(歳) |
| 1. 就労の状況(可能な範囲で記載して下さい) | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ・職種 □屋内作業 (□デスクワーク □その他(具体的に: □屋外作業 (具体的に: ・時間外労働時間 直近6か月平均()時間程度 (最大時間の月()時間、最小時間の月()時間程度) □判断困難 ・不規則な勤務 □有 □無 (有の場合 具体的に:) □判断困難 ・出張の多い業務 □有 □無 (有の場合 具体的に:) □判断困難 ・交替制勤務・深夜勤務 □有 □無 (有の場合 具体的に:) □判断困難 ・高温・低温等の環境 □有 □無 (有の場合 具体的に:) □判断困難 ・時差を伴う業務 □有 □無 (有の場合 具体的に:) □判断困難 ・精神的緊張を伴う業務 □有 □無 (有の場合 具体的に:) □判断困難 <li style="padding-left: 20px;">過大なノルマ □有 □無 □判断困難 <li style="padding-left: 20px;">顧客とのトラブル □有 □無 □判断困難 <li style="padding-left: 20px;">医療従事者等の人の生命等に関わる業務 □有 □無 □判断困難 ・その他 () ・通勤手段、通勤時間 □自家用車 □公共機関() □徒歩 □その他() 通勤時間(約()分) □判断困難 ・所定休日(週休 日) □取れている □取れないことがある □ほとんど取れない □判断困難 ・年次有給休暇 □取れている □取れないことがある □ほとんど取れない □判断困難 ・休憩時間 □取れている □取れないことがある □ほとんど取れない □判断困難 ・その他(記載したいこと) () | | | |
| 2. 睡眠時間の状況(下の【注意事項】を読んでから記載して下さい) | | | |
| <input type="checkbox"/> 4時間以下 <input type="checkbox"/> 5時間 <input type="checkbox"/> 6時間 <input type="checkbox"/> 7時間 <input type="checkbox"/> 8時間以上 | | | |
| <p>【注意事項】 長時間労働により睡眠が十分に取れない場合には、疲労の回復が困難になることにより生ずる疲労の蓄積が原因となって、脳血管疾患をはじめ虚血性心疾患、高血圧、血圧上昇などの血管系への影響を与えることが医学的に指摘されていることから、質問させていただくものです。</p> | | | |
| 3. 日常生活の状況等(可能な範囲で記載して下さい) | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ・食事に関する事項 3食規則正しい食生活 □有 □無 間食 □有(週()回 1日()回) □無 飲酒 週()日 1回あたり飲酒量()合)日本酒換算 ・運動に関する事項 運動の頻度 □週1~2日 □週3~4日 □週5日以上 (種目:) ・喫煙に関する事項 喫煙 □有(1日 本: 喫煙歴 年) □無 □過去に喫煙していたが現在は無 ・体重の増減 10年前より(kg) □増 □減 20年前より(kg) □増 □減 ・特に注意していること () | | | |

二次健康診断等給付 特定保健指導票

別紙3

| | | | | | | |
|---|-----------------------------------|------------------------|------------------------|--------------------------|----------------------|----------------------|
| 給付対象者氏名: | | (男・女) | 生年月日:大・昭・平 | 年 | 月 | 日生(歳) |
| ○ ねらい:検査結果を理解し、自分の「生活上の問題点」及び「就労上の問題点」を抽出すること | | | | | | |
| 【検査結果】 | 【検査項目】(血液検査を除く) | | | 【血液検査項目】(採血日 月 日) | | |
| | ・身長 (cm) | ・体重 (kg) | ・BMI () | ・血糖(□空腹時 □随時 □食後()時間) | ・HbA1c (%) | ・総コレステロール (mg/dL) |
| | ・腹囲 (cm) | ・栄養状態 (低栄養状態の恐れ 良好 肥満) | ・収縮期/拡張期血圧:現在(/ mmHg) | ・中性脂肪 (mg/dL) | ・HDLコレステロール (mg/dL) | ・LDLコレステロール (mg/dL) |
| | ・栄養状態 (低栄養状態の恐れ 良好 肥満) | ・収縮期/拡張期血圧:現在(/ mmHg) | ・負荷心電図又は胸部超音波() | ・頸部超音波 () | ・尿蛋白又は微量アルブミン尿() | ・その他 () |
| ※一次健診又は二次健診の結果から記載(受診結果表の写しを添付することでも可とする) | | | | | | |
| ○ 日常生活に関する事項(問診を実施した項目の□にチェック、()は具体的に記入) | | | | | | |
| 【問診項目】 □栄養の状況 □運動の状況 □生活の状況 | | | | | | |
| □たばこ・飲酒の状況(□非喫煙者 □非飲酒者) □その他() | | | | | | |
| 重点を置く指導項目(重点を置き指導する項目の□にチェック、()は具体的に記入、該当しない項目は空欄) | | | | | | |
| □栄養 | □食事摂取量を適正にする | | | □食塩・調味料を控える | | |
| | □野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす | | | □外食の際の注意事項() | | |
| | □油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす | | | □その他() | | |
| □運動 | □節酒:[減らす(種類・量: を週 回)] | | | □間食:[減らす(種類・量: を週 回)] | | |
| | □食べ方:(ゆっくり食べる・その他()) | | | □食事時間:朝食、昼食、夕食を規則正しくとる | | |
| | □運動処方:種類(ウォーキング・) | | | 時間(30分以上・)、頻度(ほぼ毎日・週 日) | | |
| □生活 | □強度(息がはずむが会話が可能な強さ or 脈拍 拍/分 or) | | | □日常生活の活動量増加(例:1日1万歩・) | | |
| | □運動時の注意事項など() | | | □禁煙・節煙の有効性 □禁煙の実施方法等 | | |
| | □家庭での計測(歩数、体重、血圧、腹囲等) | | | □その他() | | |
| 生活上の問題点 (注) | | | | | | |
| ○ 就労の状況に関する事項(問診を実施した項目の□にチェック、()は具体的に記入) | | | | | | |
| 【問診項目】(就労の状況等に係る質問票を参考に問診) | | | | | | |
| □時間外労働時間(月 時間) □不規則な勤務時間 □拘束時間の長い業務 | | | | | | |
| □出張の多い業務 □交代制勤務・深夜勤務 □精神的緊張を伴う業務 | | | | | | |
| □作業環境(高・低温、騒音、時差、その他()) □睡眠の状況 | | | | | | |
| □問診項目のうち、特筆すべき事項があれば記載 () | | | | | | |
| 重点を置く指導項目(重点を置き指導する項目の□にチェック、()は具体的に記入、該当しない項目は空欄) | | | | | | |
| □労働時間 □勤務形態 □作業環境(高・低温、騒音、時差、その他()) | | | | | | |
| □睡眠の確保(質・量) □余暇 □その他() | | | | | | |
| 就労上の問題点 (注) | | | | | | |

(注)「二次健康診断等の受診結果」における医師の所見欄には、上記生活上の問題点及び「就労上の問題点」の内容を踏まえた上で、就業上配慮すべき事項を記載すること。

事業場に選任されている産業医等から、本件特定保健指導の結果についての情報提供を求められた場合は、当健診給付医療機関から提供することに同意します。
 同意する 同意しない 給付対象者署名 _____

(受診者用)
(事業主提出用)
(病院・診療所控え)

健診給付
病院等の
名称

別紙 4

二次健康診断等の受診結果

受診者のシメイ(カナ)

受診者の生年月日

元号 年 月 日
3 大正
5 昭和
7 平成
9 令和

二次健康診断受診年月日

元号 年 月 日
7 平成
9 令和

| | | | |
|--|--|--------------------|--|
| 事業 の 名 称 | | | |
| 事業 場 の 所 在 地 | 都 道 府 県 | 郡 区 市 | |
| 二 次 健 康 診 断 結 果 | 空腹時血中脂質検査 <input type="checkbox"/> 左欄が「1」の場合、当該検査を行っております。 | LDLコレステロール (mg/dl) | |
| | | HDLコレステロール (mg/dl) | |
| | | 中性脂肪 (mg/dl) | |
| | 空腹時血糖値検査 <input type="checkbox"/> 左欄が「1」の場合、当該検査を行っております。 | 血糖値 (mg/dl) | |
| | ヘモグロビンA1c検査 <input type="checkbox"/> 左欄が「1」の場合、当該検査を行っております。 | ヘモグロビンA1c検査 (%) | |
| | 負荷心電図検査又は胸部超音波検査 (心エコー検査) <input type="checkbox"/> 左欄が「1」のときは負荷心電図検査を、「3」のときは胸部超音波検査 (心エコー検査) を行っております。 | 医師の所見 | |
| | 頸部超音波検査 (頸部エコー検査) <input type="checkbox"/> 左欄が「1」の場合、当該検査を行っております。 | 医師の所見 | |
| 微量アルブミン尿検査 <input type="checkbox"/> 左欄が「1」の場合、当該検査を行っております。 | 微量アルブミン尿検査 <small>※単位を括弧内に記載してください。</small> | () | |
| 特定保健指導 <input type="checkbox"/> 左欄が「1」の場合、特定保健指導を行っております。 | 医師の所見(面接指導の内容) | | |
| 〔二次健康診断等の結果における医師の所見 (就業上の措置又は配慮すべき事項) 〕 | | | |
| | 氏 名 | | |

「二次健康診断等の受診結果」の医師の所見を記入する際に必要な視点及び記入例

- 1 「二次健康診断結果(負荷心電図検査又は胸部超音波検査、頸部超音波検査)」に係る医師の所見を記入する際に必要な視点

☆ 検査結果を基に受診者にわかりやすい表現で記入する。

【記入例】

- ・動脈瘤の大きさは、現在のところ許容範囲内ではありますが、今後も定期的な検査を受けて経過を観察し主治医の判断を仰いでください。
- ・心電図で確認したとおり不整脈があるようなので今後も定期検査を必ず受診してください。
- ・運動時のほか安静時においても発作が出る等の変化が起きた場合はすぐ主治医に相談してください。

- 2 「特定保健指導」の結果に係る医師の所見(面接指導の内容)を記入する際に必要な視点

☆ 指導票を基に本人の認識、考え方及び指導内容を記入する。

【記入例】

- ・肥満傾向で食事量が多いため、食事摂取量を適正にするよう指導しましたが本人から前向きな回答は得られませんでした。
- ・油、味の濃いものが好きなようです。控えなければ血圧が今以上に高くなり、リスクが高まる旨お話しましたが、好きなものを食べたいとの考えは変わっていないようです。
- ・毎日飲酒しているとのことなので、週1回休肝日を設け、毎日の飲酒量も減らすよう指導しました。本人も前向きに考えていましたので、継続して取り組んでいるか確認をお願いします。
- ・体重を減らすため毎日の運動を勧めましたが、本人は時間がとれないことを理由に前向きには考えていない様子でした。
- ・禁煙を勧めましたが本人は頑なに拒否しています。食事、運動と合わせ禁煙のメリット、身体への効果を説明して理解させることが必要なので継続して指導した方がよいと考えます。
- ・職場環境が暑いことによる体調不良を訴えていましたので、身体的負荷を減らすだけでなく、こまめな水分補給ができるような体制を作るよう検討をお願いします。

- 3 「二次健康診断等の結果における医師の所見(就業上の措置又は配慮すべき事項)」を記入する際に必要な視点

☆ 受診者の就業上の配慮に結びつく情報を伝達する。

【記入例】

- ・検査の結果、〇〇〇〇の数値が高いことから本人には食事面の指導を重点的に行いました。また、瘤破裂が発生する可能性がありますので、職場においては不規則な食事時間を改善できるように勤務形態の見直しをすることと、身体的負荷が大きい作業は控えることが望まれます。
- ・検査の結果、心筋虚血の可能性があると認められました。精査をお勧めするとともに、恒常的に時間外労働が多いので、睡眠が十分確保できるように勤務シフトの見直しの検討などをお願いします。
- ・短時間で食事を済ませるために食事内容に偏りが見られます。休憩時間(昼食時間)を確実に確保できるような取組や定期的に運動ができるような取組を検討してください。
- ・残業時間は月 60 時間未満ですが、検査結果、飲酒回数、飲酒量、喫煙状況及び運動不足等から産業医等による面接指導を実施し、生活習慣の改善と治療を開始することが望まれます。労働時間が増加することのないよう配慮してください。
- ・検査の結果、〇〇〇〇、〇〇〇〇、〇〇〇〇〇が高めです。放置すると動脈硬化症を進行させる原因となります。規則正しい食事や適度な運動を励行して体重減少に努めるよう指導しました。不規則な勤務時間、時間外労働時間の増加を避け、睡眠時間を確保できるよう配慮してください。

4 就業上の措置又は配慮すべき事項は特にないと判断した結果を記入する視点

☆ 一次健康診断で産業医等が異常の所見があると診断した項目に対応した視点をもって記入する。

【記入例】

- ・検査の結果、現時点では就業上の問題点は抽出されませんでした。受診者は血圧を気にかけているようですのでご注意ください。
- ・検査の結果、現時点では〇〇〇〇に異常が認められませんでした。今後も長時間労働を避け、〇〇〇〇の数値が上昇した場合は速やかに医療機関を受診させるようご注意ください。

労災指定病院等登録(変更)報告書

診機様式第20号

提出用 1 / 2

帳票種別
34561

労災指定病院等登録(変更)報告書

| | | | |
|---|----|----|---|
| 決 | 課長 | 係長 | 係 |
| 裁 | | | |

提出の際折り曲げる場合には中央で切り離し、の所を谷に2つ折りにして下さい。

| | | | |
|--|--|--|---|
| ①指定番号：新規登録の場合は無記入 <input type="text"/> | ②指定コード 1…労災指定医療機関のみ 3…二次健診等給付医療機関のみ 5…労災指定医療機関及び二次健診等給付医療機関 <input type="text"/> | ③変更コード 無記入…新規に登録するとき 1…追加(労災指定医療機関又は二次健診等給付医療機関として登録時) 3…登録している内容を変更するとき 5…登録を取消するとき 7…指定取消年月日及取消するとき <input 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下さい。記入して下さい。 |
| ④医療機関名(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下さい。 <input type="text"/> | | | ⑧同コード ※ <input type="text"/> ⑨形態別 <input type="text"/> |
| ⑤(ツヅキ) <input type="text"/> | | | |
| ⑥医療機関名(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下さい。 <input type="text"/> | | | |
| ⑦(ツヅキ) <input type="text"/> | | | |
| ⑧代表者の氏名(カタカナ)：姓と名の間は1字あけて記入して下さい。 <input type="text"/> | | | |
| ⑨代表者の氏名(漢字)：姓と名の間は1字あけて記入して下さい。 <input type="text"/> | | | |
| ⑩郵便番号 <input type="text"/> | | ⑪電話番号 ⑫電話番号：左詰めで記入してください。また、市外局番、市内局番及び番号の間に(―) (ハイフン)を記入してください。 <input type="text"/> | |
| ⑬所在地(カタカナ)：市郡区から記入して下さい。また、左詰めで右端の枠まで続けて記入して下さい。 <input type="text"/> | | | |
| ⑭(ツヅキ) <input type="text"/> | | | |
| ⑮(ツヅキ) <input type="text"/> | | | |
| ⑯所在地(漢字)：左詰めで右端の枠まで続けて記入して下さい。 <input type="text"/> | | | |
| ⑰(ツヅキ) <input type="text"/> | | | |
| ⑱一括コード (労災指定医療機関) <input type="text"/> | | ⑲一括番号(労災指定医療機関) <input type="text"/> | ⑳指定年月日(労災指定医療機関) 年 月 日 ※ <input type="text"/> |
| ㉑一括コード2 (二次健診等給付医療機関) <input type="text"/> | | ㉒一括番号2(二次健診等給付医療機関) <input type="text"/> | ㉓指定年月日2(二次健診等給付医療機関) 年 月 日 ※ <input type="text"/> |
| ㉔一括コード (労災指定医療機関) <input type="text"/> | | | |
| ㉕一括番号 <input type="text"/> | | | |
| ㉖指定年月日 年 月 日 ※ <input type="text"/> | | | |
| ㉗指定取消年月日(労災指定医療機関) 年 月 日 ※ <input type="text"/> | | | |
| ㉘指定取消年月日2(二次健診等給付医療機関) 年 月 日 ※ <input type="text"/> | | | |
| ㉙口座関係1(労災診療費) 振込金融機関名 振込店名 振込金融機関コード 金融機関コード 店番コード ※ <input type="text"/> | | | |
| ㉚預金種別 普通…1 当座…3 通知…5 別当…7 <input type="text"/> | | | |
| ㉛預金の口座番号(左づめ) <input type="text"/> | | | |
| ㉜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下さい。 <input type="text"/> | | | |
| ㉝(ツヅキ) <input type="text"/> | | | |

※コピーして使用することはできません。

帳票種別
34562

労災指定病院等登録(変更)報告書

| | | | |
|---|----|----|---|
| 決 | 課長 | 係長 | 係 |
| 裁 | | | |

提出の際折り曲げる場合には中央で切り離し、()の所を各に2つ折りして下さい。

①指定番号

②指定コード 1…労災指定医療機関のみ
3…二次健診等給付医療機関のみ
5…労災指定医療機関及び二次健診等給付医療機関

③変更コード 無記入…新規に登録するとき
1…追加(労災指定医療機関又は二次健診等給付医療機関として登録時)
3…登録している内容を変更するとき

※診療科目については該当する全ての科目に「1」を記入して下さい。

| | | | | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| ④ <input type="checkbox"/> 内科 | ⑤ <input type="checkbox"/> 心療内科 | ⑥ <input type="checkbox"/> 精神科 | ⑦ <input type="checkbox"/> 神経科 | ⑧ <input type="checkbox"/> 神経内科 | ⑨ <input type="checkbox"/> 呼吸器科 | ⑩ <input type="checkbox"/> 消化器科 |
| ⑪ <input type="checkbox"/> 胃腸科 | ⑫ <input type="checkbox"/> 循環器科 | ⑬ <input type="checkbox"/> アレルギー科 | ⑭ <input type="checkbox"/> リウマチ科 | ⑮ <input type="checkbox"/> 外科 | ⑯ <input type="checkbox"/> 整形外科 | ⑰ <input type="checkbox"/> 形成外科 |
| ⑱ <input type="checkbox"/> 脳神経外科 | ⑲ <input type="checkbox"/> 呼吸器外科 | ⑳ <input type="checkbox"/> 心臓血管外科 | ㉑ <input type="checkbox"/> 皮膚泌尿器科 | ㉒ <input type="checkbox"/> 皮膚科 | ㉓ <input type="checkbox"/> 泌尿器科 | ㉔ <input type="checkbox"/> 肛門科 |
| ㉕ <input type="checkbox"/> 眼科 | ㉖ <input type="checkbox"/> 気管食道科 | ㉗ <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 | ㉘ <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 | ㉙ <input type="checkbox"/> 歯科 | ㉚ <input type="checkbox"/> 放射線科 | |
| ㉛ <input type="checkbox"/> 矯正歯科 | ㉜ <input type="checkbox"/> 歯科口腔科 | ㉝ <input type="checkbox"/> 麻酔科 | ㉞ <input type="checkbox"/> 小児科 | ㉟ <input type="checkbox"/> 小児外科 | ㊱ <input type="checkbox"/> 性病科 | ㊲ <input type="checkbox"/> 美容外科 |
| ㊳ <input type="checkbox"/> 産婦人科 | ㊴ <input type="checkbox"/> 産科 | ㊵ <input type="checkbox"/> 婦人科 | ㊶ <input type="checkbox"/> 小児歯科 | ㊷ <input type="checkbox"/> 理学療法科 | ㊸ <input type="checkbox"/> 全科 | ㊹ <input type="checkbox"/> その他 |

※数字は右詰めで記入して下さい。

| | | | | | |
|---------------------------------------|--|--|--|---------------------------------------|---------------------------------|
| ④医師数 T S + <input type="text"/> | ④看護時数 T S + <input type="text"/> | ④薬剤師数 T S + <input type="text"/> | ④その他の従業員数 T S + <input type="text"/> | ④病床数 T S + <input type="text"/> | ④照コード ※ <input type="text"/> |
|---------------------------------------|--|--|--|---------------------------------------|---------------------------------|

口座関係 2 (二次健診等費用)

振込金融機関名 銀行 金庫 組合 振込店舗名 本店 支店 代理店 出張所

④預金種別 ④預金の口座番号(左詰め) ④取消コード

④口座名義人(カタカナ)：左詰めで右欄の枠まで続けて記入して下さい。

④(ツジキ)

口座関係 3 (アフターケア委託費)

※アフターケア委託費の振込先が口座関係 1 と異なる場合に記入して下さい。

振込金融機関名 銀行 金庫 組合 振込店舗名 本店 支店 代理店 出張所

④預金種別 ④預金の口座番号(左詰め) ④取消コード 2

④口座名義人(カタカナ)：左詰めで右欄の枠まで続けて記入して下さい。

④(ツジキ)

※印の欄は記入しなくても可。 (職員が記入します。) ※裏面の注意事項をよく読んでから、記入して下さい。

※コピーして使用することはできません。

労災指定医療機関変更届

| | | |
|-----------|------------------|--|
| 変 更 事 項 | | |
| 変 更 前 | | |
| 変 更 後 | | |
| 変 更 年 月 日 | 変 更 事 由 | |
| 令和 年 月 日 | | |

上記のとおり変更しましたのでお届けします。

令和 年 月 日

指定医番号 **4 2**

所 在 地

名 称

開設者又は代表者氏名 _____

長 崎 労 働 局 長 殿

様式第7号

労災保険指定医療機関休止・辞退届

| | | |
|---------|-----|--|
| 病院(診療所) | 名称 | |
| | 所在地 | |

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

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

令和 年 月 日

長崎労働局長 殿

開設者住所

〃 氏名 _____

治療用装具等の取扱い

- レセプト請求
 療養の費用請求(7号・16号の5)、治療用装具証明書添付
 義肢等補装具費支給申請

| 項 目 | 取 扱 |
|--|--|
| ◎装着式収尿器 (人工膀胱) | 支給 療養給付…都道府県購入価格を10円で除した点数×診療単価 療養費…本人が購入した実費 |
| ◎人工肛門受便器 (ペロッテ) | 支給(装着式収尿器の取扱いに準じる。) |
| ◎浣腸剤 | 支給 せき髄損等神経系の障害による便秘症のある患者で、自力による排便管理の訓練を行っている者に支給 |
| ◎ソフトコンタクト レンズ | 支給 (注)視力の屈折矯正のために使用するコンタクトレンズは除く。 都道府県購入価格を10円で除した点数×診療単価 |
| ◎伸縮性包帯 | 頭部・頸部・躯幹固定用の他、四肢固定用についても支給を認める。なお、バストバンド、トラコバンド等は躯幹固定用伸縮性包帯に含める。 |
| ◎滅菌ガーゼ | 支給 せき髄損傷等による重度の障害者のうち、尿路変更による皮膚瘻を形成しているもの又は尿路へカテーテルを留置しているもの若しくはこれらに類する創部を有するもの。 自宅等で頻繁にガーゼを必要とするため、診療担当医が投与の必要を認めたもの(通院療養者に限る。) |
| ◎腰部又は胸部固定 帯、頸椎固定用シー ネ、鎖骨固定帯、膝・ 足関節の創部固定帯 (コルセット、ポリネ ック、クラビクルバ ンド等) | 療養上必要あるものは療養の給付として支給すべき治療材料に属するものとして療養費として支給する。 |
| ●義眼 | 眼球摘出後眼窩保護用として支給 |
| ●義歯 | 義歯を業務災害により破損した場合、これに要する修理は療養補償の範囲に含める。 |
| ●歩行補助器 松葉杖 | 医療機関がこれを本人に貸与すべきであるが、療養目的をもって自己が購入した場合は、療養費として支給して差し支えない。 |
| ●義肢装着前の訓練 用装具 (練習用仮義足) | 症状固定前の仮義手及び仮義足(義手に係る装飾用並びに義足に係る作業用は除く。)については、診療担当医の指示、指導のもとに使用する場合、1回に限り治療用装具として支給する。 |
| ●保護帽子 (頭蓋骨欠損部分保 護) | 人工骨を挿入するまでの間、頭蓋骨欠損部分を保護するためのものとして支給する。 |
| ●フローテーション パッド | 支給 自力による体位変換が不可能若しくは困難な状態が長期間にわたると見込まれる傷病労働者に対し、1人につき1枚支給 |
| □補聴器 | 不支給 (傷病が治癒した者には、 社会復帰促進等事業から支給) |
| □眼鏡 | 不支給 (傷病が治癒し、視力が0.6以下に低下した者については、 社会復帰促進等事業から支給) |
| スポンジ円座 スポンジベッド | 不支給 |

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)

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 ⑬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。

| | | | |
|---------------|---|--|---------|
| 派遣元事業主 証明欄 | 派遣元事業主が証明する事項(表面の⑩、⑰及び⑱)の記載内容について事実と相違ないことを証明します。 | | |
| | 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) | |

| | | | |
|--------------------|----------------------|-----|-------|
| 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(表面)

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 経 由 | |
|] | 業 務 局 | 電話() _____ |
| | 訪問看護事業者 | |
| | 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 年 月 日 |
| 府県 | 所掌 | 管轄 | 基 幹 番 号 | 枝番号 | | |
| | | | | | | |
| ② 年金証書の番号 | | | | | 労働者の | 前後 時 分頃 |
| 管轄局 | 種別 | 西暦年 | 番 号 | | 住 所 | |
| | | | | | 職 種 | |
| ⑤ 災害の原因及び発生状況 (あ)どのような場所で(い)どのような作業をしているときに(う)どのような物又は環境に(え)どのような不安安全又は有害な状態があつて(お)どのような災害が発生したか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(裏面)

様式第6号(裏面)

| 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) | 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 |

[注意]

- 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○で囲むこと。
- 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に関しこの届書を提出するときは
 - (1) ①、④及び⑤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。
- 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。
- 4 複数事業労働者療養給付の届出は、療養補償給付の支給決定がなされた場合、遡って届出されなかったものとみなすこと。
- 5 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届出はないものとして取り扱うこと。
- 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届出されることとなること。

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

※コピーして使用することはできません。

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(表面)

様式第7号(1)(表面) 労働者災害補償保険 第 回

業務災害用
複数事業要因及費用

標準字体 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 一

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

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(同一傷内分)

※ 帳票種別 ①管轄局署 ②業通別 ③受付年月日 ④三者コード ⑤委任未支給 ⑥特別加入者 ⑦審査コード

3 4 2 6 0 1 業 通 1 日 3 月 3 年 1 委任 3 未支給 3 特別 加入者 3 審査 コード

(注意) 一、記入枠の部分は、必ず黒のボールペンを使用し、様式右上に記載された標準字体にならなくてはなりません。二、記入すべき事項のない欄は記入せず、空欄のままとし、事項を漏れず、事項を重複する文字は、光學式文字読取装置(OCR)で直接読取りを各々の汚たり、穴をあけたり、必要以上折り返したり、のりつけたりしてはなりません。三、記入枠の部分は、必ず黒のボールペンを使用し、様式右上に記載された標準字体にならなくてはなりません。二、記入すべき事項のない欄は記入せず、空欄のままとし、事項を漏れず、事項を重複する文字は、光學式文字読取装置(OCR)で直接読取りを各々の汚たり、穴をあけたり、必要以上折り返したり、のりつけたりしてはなりません。

③ 労働保険番号 ④ 管轄局 ⑤ 西暦年 ⑥ 番号

⑦ 労働者の性別 ⑧ 労働者の生年月日 ⑨ 請求書又は発病年月日 ⑩ 金融機関 ⑪ 店調

⑫ 労働者の氏名 (歳) 職種

⑬ 住所 ⑭ 郵便番号

新規・変更

⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳

⑳の者については、㉑並びに裏面の(ア)及び(イ)に記載したとおりであることを証明します。

事業の名称 電話() -

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)

(注意) 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おいては、派遣元事業主は、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。

医師又は歯科医師等の証明

療養の内容 (イ)期間 年月日 から 年月日 日まで 日間 診療実日数 日

(ロ)傷病の部位及び傷病名

(ハ)経過の概要

年月日 治療(症状固定)・継続中・転医・中止・死亡

(ニ)療養の内訳及び金額(内訳裏面のとおり。)

(ホ)看護料 年月日から 年月日まで 日間 (看護士の賃金の有・無)

(ヘ)移送費 から まで 片道・往復 *キロメートル 回

(ト)上記以外の療養費(内訳別請求書又は領収書 枚のとおり。)

(チ)療養の給付を受けなかった理由

⑳療養に要した費用の額 (合計) 千円 百円 十円 万円 千円 百円 十円 円

㉑費用の種別 ㉒療養期間の初日 ㉓療養期間の末日 ㉔診療実日数 ㉕転帰事由

1 治療 2 看護料 3 移送費 4 診察料 5 診察費

1 治療 2 看護料 3 転医 4 中止 5 死亡

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費用の支給を請求します。

年月日 住所 () 電話() -

請求人の 氏名 () 加

労働基準監督署長 殿

※コピーして使用することはできません。

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(裏面)

様式第7号(1)(裏面)

| | | |
|---|---------------|------------------|
| (ア) 労働者の所属事業場の名称・所在地 | (イ) 負傷又は発病の時刻 | (ウ) 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 |
| (ア)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(お)どのような災害が発生したか(か)①と初診日が異なる場合はその理由を詳細に記入すること | | |
| | | |
| | | |

| 療養の内訳及び金額 | | 点数(点) | 診療内容 | 金額 | 摘要 |
|-----------|-----------|----------|--------|----|-----|
| 初診 | 時間外・休日・深夜 | | 初診 | 円 | |
| 再診 | 外来診療料 | × 回 | 再診 | 円 | |
| | 継続管理加算 | × 回 | 指導 | 円 | |
| | 外来管理加算 | × 回 | その他 | 円 | |
| | 時間外 | × 回 | | | |
| | 休日 | × 回 | | | |
| 指導 | 深夜 | × 回 | | | |
| | | | 食事(基準) | 円 | |
| 在宅 | 注診 | 回 | 円× 日間 | 円 | |
| | 夜間 | 回 | 円× 日間 | 円 | |
| | 緊急・深夜 | 回 | | | |
| | 在宅患者訪問診療 | 回 | | | |
| | その他 | 回 | | | |
| 投薬 | 内服薬剤 | 単位 回 | | | |
| | 調剤 | × 回 | | | |
| | 処置薬剤 | 単位 回 | | | |
| | 外用薬剤 | 単位 回 | | | |
| | 調剤 | × 回 | | | |
| | 処方薬 | × 回 | | | |
| 注射 | 麻薬 | 回 | | | |
| | 調剤 | 回 | | | |
| | 皮下筋内内 | 回 | | | |
| 処置 | 静脈内 | 回 | | | |
| | その他 | 回 | | | |
| 手術 | 薬剤 | 回 | | | |
| | 麻酔 | 回 | | | |
| 検査 | 薬剤 | 回 | | | |
| | 検査 | 回 | | | |
| 画像診断 | 薬剤 | 回 | | | |
| | 処方せん | 回 | | | |
| 入院 | 薬剤 | 回 | | | |
| | 入院年月日 | 年 月 日 | | | |
| | 病・診・衣 | 入院基本料・加算 | | | |
| | | × 日間 | | | |
| | | × 日間 | | | |
| | × 日間 | | | | |
| | × 日間 | | | | |
| | 特定入院料・その他 | | | | |
| 小計 | 点 ① | 円 | 合計金額 | 円 | ①+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) |
| 無 | |
| 有の場合 | 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) | |

(注 意)

一、 共通の注意事項

(一) 事項を選択する場合には、該当する事項を○で囲むこと。

(二) (一)及び(二)については、その費用についての明細書及び看護移送等をした者の請求書又は領収書添付すること。

(三) (イ)の期間には、最終の就業の期間をも算入すること。

(四) (イ)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。

(五) 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

(六) ④は、記載する必要があること。

(七) (イ)は、災害発生の事実を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。

(八) (イ)及び(七)は、第二回以後の請求の場合には記載する必要がないこと。

(九) (イ)及び(七)は、第二回以後の請求が離職後である場合には事業主の証明を受ける必要がないこと。

二、 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、③及び(イ)から(ウ)までは記載する必要がないこと。

④、⑤の証明は受ける必要がないこと。

三、 事業主の証明は受ける必要がないこと。

四、 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。

五、 ◎「その他就業先の有無」欄に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しないものとして取り扱うこと。

六、 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場の業務を要因とすることが明らかでない限り、療養補償給付のみを請求されることがないこと。

| | |
|-----------|--|
| 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①並びに(イ)及び(ウ)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) |

| | | |
|----------------------|-----|---------|
| 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。

休業補償給付支給請求書、複数事業労働者休業給付支給請求書(裏面)

様式第8号(裏面)

| | | | | | |
|---|-------------------------------------|--------------------------|------------------|--------------------|---------|
| ② 労働者の職種 | | ③ 負傷又は発病の時刻 | | ④ 平均賃金(算定内別紙1のとおり) | |
| | | 午前 時 分 午後 時 分 | | 円 銭 | |
| ⑤ 所定労働時間 | 午前 時 分 午後 時 分 | ⑥ 休業補償給付額、休業特別支給金額の改定比率 | ⑦ 平均給与額(証明書のとおり) | | |
| ⑧ 災害の原因、発生状況及び発生当日の就労・療養状況 (ア)どのような場所(イ)どのような作業をしているときに(ウ)どのような物又は環境に(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と初診日と災害発生日が同じ場合は当日所定労働時間内に通院したか、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 | | | | | |
| ⑨ 厚生年金保険 | | (イ) 基礎年金番号 | (ロ) 被保険者資格の取得年月日 | 年 月 日 | |
| 等 受給関係 | (ハ) 当該傷病に 関して支給 される年金 の種類等 | 年金の種類 | | 厚生年金保険法の | イロハニホ |
| | | 障害等級 | | 障害者年金法の | 障害者年金 |
| | | 支給される年金の額 | | 国民年金法の | 障害者基礎年金 |
| | | 支給されることとなった年月日 | | 船員保険法の | 障害年金 |
| | | 基礎年金番号及び厚生年金等の年金証書の年金コード | | | |
| 所轄年金事務所等 | | 年 月 日 | | 円 | |

[注 意]

一、所定労働時間後に負傷した場合は、⑤及び⑥欄については、当該負傷した日を除いて記載してください。

二、別紙1①欄には、平均賃金の算定基礎期間中に業務外の傷病の療養等のために休業した期間があり、その期間及びその期間中に受けた賃金の額を算定基礎から控除して算出した平均賃金に相当する額が平均賃金の額を超える場合に記載し、控除する期間及び賃金の内訳を別紙1②欄に記載してください。この場合は、④欄に、この算定方法による平均賃金に相当する額を記載してください。

三、別紙2は、⑨欄の「賃金を受けなかつた日」のうち業務上等の負傷又は疾病による療養のため所定労働時間のうちその一部分に限り休業した日若しくは賃金が支払われた休暇が含まれる場合に限り添付してください。

四、別紙3は、⑨欄の「その他就業先の有無」で「有」に○を付けた場合に、その他就業先ごとに記載してください。その際、その他就業先ごとに①及び②の規定に従って記載した別紙1及び別紙2を添付してください。

五、請求人申請人が災害発生事業場で特別加入者であるときは、⑦、⑧、⑨、⑩及び⑪欄の事項を記載してください。

(三) 事業主の証明は受ける必要はありません。

| | |
|---|------------------------------|
| ⑩ その就業先の有無 | |
| 有 | 有の場合のその数 (ただし表面の事業場を含まない) |
| 無 | 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 |
| | 給付基礎日額 円 |
| 労働保険番号(特別加入) | |

六、第二回目以後の請求(申請)の場合には、
(一) ①、②、③及び④欄については、前回の請求又は申請後の分について記載してください。
(二) ⑥欄から⑩欄まで及び⑪欄は記載する必要はありません。
(三) 別紙1(平均賃金算定内訳)は付する必要はありません。
(四) その請求(申請)が離職後である場合(療養のために労働できなかった期間の全部又は一部が離職前である場合を除く)には、事業主の証明は受ける必要はありません。

七、休業特別支給金の支給の申請のみを行う場合には、⑥欄は記載する必要はありません。

八、複数事業労働者休業給付の請求は、休業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つたものとみなされます。

九、⑩その他就業先の有無一欄の記載がない場合又は複数就業していない場合は、複数事業労働者休業給付の請求はないものとして取り扱います。脳・心臓疾患、精神障害及び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は、休業補償給付のみで請求されることがあります。

| | | | |
|--------------------|----------------------|-----|---------|
| 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。

休業補償給付支給請求書、複数事業労働者休業給付支給請求書(別紙1)(表面)

様式第8号(別紙1) (表面)

| | | | | | | | | | |
|--------|----|----|----|----|----|----|---------|---|---|
| 労働保険番号 | | | | | 氏名 | | 災害発生日月日 | | |
| 府県 | 所管 | 管轄 | 基幹 | 番号 | 枝 | 番号 | 年 | 月 | 日 |

平均賃金算定内訳

(労働基準法第12条参照のこと。)

| 雇入年月日 | | 年 月 日 | | 常用・日雇の別 | | | 常用・日雇 | | |
|---|----------------------------------|------------------------------|-------------|----------|--|-----|-------|------------|---|
| 賃金支給方法 | | 月給・週給・日給・時間給・出来高払制・その他請負制 | | | | | | 賃金締切日 毎月 日 | |
| A | 月よつて支払つたもの 週その他一定の期間に | 賃金計算期間 | | 月 日 | 月 日 | 月 日 | 計 | | |
| | | 総日数 | 日 | | 日 | | 日 | | 日 |
| | | 基本賃金 | 円 | | 円 | | 円 | | 円 |
| | | 手当 | | | | | | | |
| | | 手当 | | | | | | | |
| | | 計 | 円 | | 円 | | 円 | | 円 |
| B | 日若しくは他の請負制 又は出来高払制その他 | 賃金計算期間 | | 月 日 | 月 日 | 月 日 | 計 | | |
| | | 総日数 | 日 | | 日 | | 日 | | 日 |
| | | 労働日数 | 日 | | 日 | | 日 | | 日 |
| | | 基本賃金 | 円 | | 円 | | 円 | | 円 |
| | | 手当 | | | | | | | |
| | | 手当 | | | | | | | |
| 計 | 円 | | 円 | | 円 | | 円 | | |
| 総計 | | 円 | | 円 | | 円 | | 円 | |
| 平均賃金 | | 賃金総額(ホ) | | 円÷総日数(イ) | | = | | 円 銭 | |
| 最低保障平均賃金の計算方法 Aの(ロ) $\frac{\text{円} \div \text{総日数(イ)}}{100} = \text{円 銭(ク)}$ Bの(ニ) $\frac{\text{円} \div \text{労働日数(ハ)}}{100} \times \frac{60}{100} = \text{円 銭(ク)}$ (イ) $\text{円 銭(ト)} \text{円 銭} = \text{円 銭(最低保障平均賃金)}$ | | | | | | | | | |
| 日日雇い入れられる者の平均賃金(昭和38年労働省告示第52号による。) | 第1号又は第2号の場合 | 賃金計算期間 | 労働日数又は労働総日数 | 賃金総額 | 平均賃金 $\frac{\text{ア} + \text{イ}}{100}$ | | | | |
| | 第3号の場合 | 都道府県労働局長が定める金額 | | | | | | | |
| | 第4号の場合 | 従事する事業又は職業 都道府県労働局長が定めた金額 | | | | | | | |
| 漁業及び林業労働者の平均賃金(昭和24年労働省告示第5号による。) | 平均賃金協定額の承認年月日 年 月 日 職種 平均賃金協定額 円 | | | | | | | | |
| ① 賃金計算期間のうち業務外の傷病の療養等のため休業した期間の日数及びその期間中の賃金を業務上の傷病の療養のため休業した期間の日数及びその期間中の賃金とみなして算定した平均賃金 $(\text{賃金の総額(ホ)} - \text{休業した期間(カ)} \times \text{②の(リ)}) \div (\text{総日数(イ)} - \text{休業した期間(カ)})$ (円 - 円) ÷ (日 - 日) = 円 銭 | | | | | | | | | |

※コピーして使用することはできません。

休業補償給付支給請求書、複数事業労働者休業給付支給請求書(別紙1)(裏面)

様式第8号(別紙1) (裏面)

| ② 業務外の傷病の療養等のため休業した期間 及びその期間中の賃金の内訳 | | | | | |
|---|----------------|----------------|----------------|------|---|
| 賃金計算期間 | 月 日から 月 日まで | 月 日から 月 日まで | 月 日から 月 日まで | 計 | |
| 業務外の傷病の療養等のため 休業した期間の日数 | 日 | 日 | 日(切) | 日 | |
| 業務外 の 傷 病 の 療 養 等 の た め | 基本賃金 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| | 手当 | | | | |
| | 手当 | | | | |
| | | | | | |
| | 計 | 円 | 円 | 円(切) | 円 |
| 休業の事由 | | | | | |

| ③ 特 別 給 与 の 額 | 支払年月日 | 支払額 |
|---------------------------------|-------|-----|
| | 年 月 日 | 円 |
| | 年 月 日 | 円 |
| | 年 月 日 | 円 |
| | 年 月 日 | 円 |
| | 年 月 日 | 円 |
| | 年 月 日 | 円 |
| | 年 月 日 | 円 |

[注意]

③欄には、負傷又は発病の日以前2年間(雇入後2年に満たない者については、雇入後の期間)に支払われた労働基準法第12条第4項の3箇月を超える期間ごとに支払われる賃金(特別給与)について記載してください。ただし、特別給与の支払時期の臨時的変更等の理由により負傷又は発病の日以前1年間に支払われた特別給与の総額を特別支給金の算定基礎とすることが適当でないと認められる場合以外は、負傷又は発病の日以前1年間に支払われた特別給与の総額を記載して差し支えありません。

※コピーして使用することはできません。

障害補償給付・複数事業労働者障害給付支給請求書(表面)

様式第10号(表面)

業務災害用
複数事業要因災害用

労働者災害補償保険
障害補償給付支給請求書
障害補償給付支給申請書

| | | | | | | | | | | | | |
|---|-----|-------|---------|---|-----|---------------------------------|-------|--------------------------------------|-------|-----------|--------|--|
| ① 労働保険番号 | | | | フリガナ | | | | ④ 負傷又は発病年月日 | | | | |
| 府 県 | 所 掌 | 管 轄 | 基 幹 番 号 | 枝 番 号 | | 氏 名 (男・女) | | 年 月 日 | | 年 月 日 | | |
| | | | | | | 生 年 月 日 (歳) | | 年 月 日 (歳) | | 午 前 時 分 頃 | | |
| ② 年金証書の番号 | | | | フリガナ | | | | ⑤ 治療(症状固定)年月日 | | | | |
| 管 轄 局 | 種 別 | 西 暦 年 | 番 号 | | 住 所 | | 年 月 日 | | 年 月 日 | | ⑦ 平均賃金 | |
| | | | | | 職 種 | | 年 月 日 | | 年 月 日 | | 円 銭 | |
| | | | | ⑥ 災害の原因及び発生状況 (あ)どのような場所で(い)どのような作業をしているときに(う)どのような物又は環境に(え)どのような不安全又は有害な状態があつて(お)どのような災害が発生したかを簡明に記載すること | | | | ⑧ 特別給与の総額(年額) | | | | |
| | | | | | | | | 円 | | | | |
| | | | | | | | | 円 | | | | |
| ⑨ 厚生年金保険等の受給関係 | | | | ⑪ 被保険者資格の取得年月日 | | | | 年 月 日 | | | | |
| | | | | ⑩ 厚生年金等の年金証書の基礎年金番号・年金コード | | | | 年 金 の 種 類 | | | | 厚生年金保険法の イ、障害年金 ロ、障害厚生年金 国民年金法の イ、障害年金 ロ、障害基礎年金 船員保険法の障害年金 |
| | | | | 障 害 等 級 | | | | 級 | | | | |
| | | | | 支 給 さ れ る 年 金 の 額 | | | | 円 | | | | |
| | | | | 支 給 さ れ る こ と と な っ た 年 月 日 | | | | 年 月 日 | | | | |
| | | | | 厚 年 等 の 年 金 証 書 の 基 礎 年 金 番 号 ・ 年 金 コー ド | | | | | | | | |
| | | | | 所 轄 年 金 事 務 所 等 | | | | | | | | |
| ⑬の者については、④、⑥から⑧まで並びに⑨の⑩及び⑪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) | | | | |
| [注意] ⑨の⑩及び⑪については、⑬の者が厚生年金保険の被保険者である場合に限り証明すること。 | | | | | | | | | | | | |
| ⑭ 障害の部位及び状態 (診断書のとおり) | | | | ⑮ 既存障害がある場合にはその部位及び状態 | | | | | | | | |
| ⑯ 添付する書類名 | | | | | | | | | | | | |
| ⑰ 年金の払渡しを受けることを希望する金融機関又は郵便局 (登録している公金受取口座を利用します:□) | | | | (郵便貯金銀行を除く)金融機関 | | | | ※ 金融機関店舗コード | | | | |
| | | | | 支店等を除く | | | | 銀行・金庫 本店・本所 農協・漁協・信組 出張所 支店・支所 | | | | |
| | | | | 預金通帳の記号番号 | | | | 普通・当座 第 号 | | | | |
| | | | | フリガナ | | | | ※ 郵便局コード | | | | |
| | | | | 名 称 | | | | | | | | |
| | | | | 所 在 地 | | | | 都道 市郡 府県 区 | | | | |
| | | | | 預金通帳の記号番号 | | | | 第 号 | | | | |
| 上記により ⑰の支給を請求します。 〒 | | | | | | | | | | | | |
| 年 月 日 | | | | 請求人の住所 | | | | 電話() | | | | |
| | | | | 申請人 | | | | 氏名 | | | | |
| | | | | 労働基準監督署長 殿 | | | | □本件手続を裏面に記載の社会保険労務士に委託します。 | | | | |
| | | | | 個人番号 | | | | | | | | |
| 振込を希望する金融機関の名称 | | | | | | 預金の種類及び口座番号 | | | | | | |
| 銀行・金庫 農協・漁協・信組 | | | | | | 本店・本所 出張所 支店・支所 普通・当座 第 号 口座名義人 | | | | | | |

※コピーして使用することはできません。

障害補償給付・複数事業労働者障害給付支給請求書(裏面)

様式第10号(裏面)

| ⑭その他就業先の有無 | |
|--------------|------------------------------|
| 有 | 有の場合のその数 (ただし表面の事業場を含まない) |
| 無 | 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 | |
| 給付基礎日額 | |
| 円 | |

〔注意〕

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

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

※コピーして使用することはできません。

障害補償給付・複数事業労働者障害給付支給請求書、障害給付支給請求書(添付)
「労働者災害補償保険診断書」 令和8年6月1日から様式変更

| 労働者災害補償保険診断書 | | | | | | | | | | |
|--|----------------|----------|-------|-------------------|---------|-------|--------------------------------------|-----------------------------|-------------------------|--|
| 障害(補償)等給付請求用 | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | | | 生年月日 | | | | 年月日 | | |
| 傷病名 | | | | 負傷又は発病年月日 | | | | 年月日 | | |
| 障害の部位 | | | | 初診年月日 | | | | 年月日 | | |
| 既往歴 | | | | 治ゆ(症状固定)年月日 | | | | 年月日 | | |
| 既往歴 | | | | 既存障害 | | | | | | |
| 及療養の経内過 | | | | | | | | | | |
| 各部位の障害の状態の詳細 (各部位の障害について、該当項目や有・無に○印を付け各欄に検査数値や所見等を記入してください。) | | | | | | | | | | |
| ① 又神は経精神統の障機能 | ア 高次脳機能障害の有無 | 有・無 | | イ 身体性機能障害の有無(麻痺等) | 有・無 | | | | | |
| | ウ 非器質性の精神障害の有無 | 有・無 | | エ その他、疼痛などの神経障害 | 有・無 | | | | | |
| 【神経系の機能又は精神の障害の注意事項】 ※上記のいずれかの障害について記載した場合は、その障害の状態の詳細について①の「障害の状態及びXP等の所見」欄に記入してください。 ※上記ア、イが有の場合はMRI等の検査所見を記入するか、または各種検査所見を添付してください。 ※上記エが受傷部位に生じた疼痛の場合、i 常時疼痛を残す状態か、ii に加え、時には強度の疼痛のため、通常の労働にも支障が生ずる状態かも併せて①の「障害の状態及びXP等の所見」欄に記入してください。 | | | | | | | | | | |
| ② 胸腹部臓器の障害 | ア 呼吸器の障害 | 有・無 | | イ 循環器の障害の有無 | 有・無 | | | | | |
| | ウ 腹部臓器の障害 | 有・無 | | エ 泌尿器の障害の有無 | 有・無 | | | | | |
| | オ 生殖器の障害 | 有・無 | | | | | | | | |
| 【胸腹部臓器の障害の注意事項】 ※上記のいずれかの障害について記載した場合は、その障害の状態の詳細について②の「障害の状態及びXP等の所見」欄に記入してください。 併せて各種検査所見を記入するか、または各種検査結果を添付してください。 | | | | | | | | | | |
| ③ 眼の障害 | ア 視力障害 | イ 調節機能障害 | | ウ 運動障害 | エ 眼瞼の障害 | | オ 外傷性散瞳 | | | |
| | | 裸眼 | 矯正 | | 調節力 | 注視野障害 | a 欠損障害 b まつげはげ c 運動障害(開瞼・閉瞼障害) | 瞳孔の対光反射が著しく障害され、著明な差明を訴えるもの | 瞳孔の対光反射が不十分であり、差明を訴えるもの | |
| | 右 | | () D | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | |
| | 左 | | () D | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | |
| | カ 複視 | 正面視 | 正面視以外 | キ 視野障害 | 半盲 | 視野狭窄 | 視野変状(暗点、視野欠損) | | | |
| | 有・無 | 有・無 | | 有・無 | 有・無 | 有・無 | | | | |
| 【眼の障害の注意事項】 ※上記いずれかの障害を記載した場合は、その障害の状態の詳細について③の「障害の状態及びXP等の所見」欄に記入してください。 ※視力(万国式視力表)、ヘスクリーンテスト(Hess赤緑試験)、ゴールドマン型視野計などの検査所見を③の「障害の状態及びXP等の所見」欄に記入するか、または各種検査結果を添付してください。また、参考検査として自動視野計などの他の検査所見についても可能な範囲で③の「障害の状態及びXP等の所見」欄に記入するか、または各種検査結果を添付してください。 ※併せて眼症状の原因となる前眼部、中間部、網膜などの他覚的所見を③の「障害の状態及びXP等の所見」欄に記入してください。 ※「エ 眼瞼の障害」が有の場合は、③の「障害の状態及びXP等の所見」欄に添示するか、その状態が分かる資料等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。

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---------------------|------|---------------------------------|--|-------------------|---|---------------------------------|--------|------|--|
| ④ 耳 の 障 害 | 検査日 | ア 平均聴覚力レベル (6分式) | | イ 最高明瞭度 (語音) | | ウ 耳介の欠損 | | エ 耳鳴 | | | |
| | 第1回 | 年 | 右 | dB | % | a 耳介の1/2以上の欠損 | | a 耳鳴に係る検査により著しい耳鳴が常時ある | | | |
| | | 月 | 左 | dB | % | 右 | 有・無 | 有・無 | b その他 | | |
| | 第2回 | 年 | 右 | dB | % | 左 | 有・無 | 有・無 | 右 有・無 | | |
| | | 月 | 左 | dB | % | オ 耳漏の有無 | | 左 有・無 | 左 有・無 | | |
| | 第3回 | 年 | 右 | dB | % | 右 | 有・無 | 有・無 | | | |
| | | 月 | 左 | dB | % | 左 | 有・無 | 有・無 | | | |
| | 【耳の障害の注意事項】 ※上記いずれかの障害を記載した場合は、その障害の状態の詳細について④の「障害の状態及びXP等の所見」欄に記入してください。併せて、純音聴力レベル、ピッチ・マッチ検査及びラウドネス・バランス検査などの検査所見を記入するか、または各種検査結果を添付してください。 ※「ウ 耳介の欠損」が有の場合は、④の「障害の状態及びXP等の所見」欄に図示するか、その状態が分かる資料等を添付してください。 ※「オ 耳漏の有無」について、常時耳漏が生じている場合にその有無を記載欄に記入してください。 | | | | | | | | | | |
| | ⑤ 鼻 の 障 害 | ア 鼻軟骨部の欠損 | | | | イ 鼻の機能障害 | | | | | |
| | | 全部又は大部分 | | 一部欠損 | | 鼻呼吸困難 | | 嗅覚脱失 | | 嗅覚減退 | |
| 有・無 | | 有・無 | | 有・無 | | 有・無 | | 有・無 | | | |
| 【鼻の障害の注意事項】 ※上記いずれかの障害を記載した場合は、その障害の状態の詳細について④の「障害の状態及びXP等の所見」欄に記入してください。併せて、T&Tオルファクトメータ等の検査所見を記入するか、または各種検査結果を添付してください。 ※「ア 鼻軟骨部の欠損」が有の場合は、④の「障害の状態及びXP等の所見」欄に図示するか、その状態が分かる資料等を添付してください。 | | | | | | | | | | | |
| ⑥ 口 の 障 害 | ア そしゃく機能の障害 ※該当する項目に○を記入してください | | | イ 言語機能の障害 ※該当する項目に○を記入してください | | | ウ 歯牙障害 | | | | |
| | 流動食以外は摂取できない | | | 4種の語音のうち、3種以上発音が不能 | | | 歯科補てつを加えた歯数を記入してください。 ただし、「歯科補てつを加えた」ものとは、喪失又は著しく欠損した歯牙に対する補てつをいり、有床義歯又は架橋義歯等を被せた場合に於ける支台冠又は鉤の義歯歯やポスト・インレーを行うに留まった歯牙は補てつ歯数に算入しません。 | | | | |
| | 粥食又はこれに準ずる程度の軟食物以外摂取できない | | | 4種の語音のうち、2種の発音が不能 | | | 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 | | | | |
| | 固形食物の中でもそしゃくできない又はそしゃくが十分でないものがある | | | 4種の語音のうち、1種の発音が不能 | | | 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 | | | | |
| | エ 味覚障害 | | | オ その他の障害 | | | 該当歯計 歯 | | | | |
| | 味覚脱失 | | 味覚減退 | 声帯麻痺による著しいかすれ声 | | 開口障害等によるそしゃく機能の低下 | | ※今回の事故により歯科補てつを加えた歯のみを記入してください。 | | | |
| | 有・無 | | 有・無 | 有・無 | | 有・無 | | 今回の事故等の前に喪失又は「歯科補てつ」を加えた歯の有無 | | | |
| | | | | | | | | 有・無 (有の場合は下の欄に記入してください) | | | |
| | 【口の障害の注意事項】 ※上記いずれかの障害を記載した場合は、その障害の状態の詳細について④の「障害の状態及びXP等の所見」欄に記入してください。併せて、濾紙ディスク法による味覚などの検査所見を記入するか、または各種検査結果を添付してください。 ※「ウ 歯牙障害」について、今回の事故等の前に、既に喪失又は著しく欠損した歯牙に対する補てつを行った歯が有の場合は、以下の欄に記入してください。 今回の事故等の前に喪失や「歯科補てつ」を加えた歯がある場合 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 該当歯計 歯 | | | | | | | | | | |
| | ⑦ 醜 状 障 害 | ア 外貌 | | | | | イ 上肢・下肢・その他 | | | | |
| 頭部 | | 顔面部 | | 頸部 | 上肢 | | 下肢 | | その他の部位 | | |
| 有・無 | | 有・無 | | 有・無 | 有・無 | | 有・無 | | 有・無 | | |
| (醜状の大きさ、形態等を以下に図示するか、その状態が分かる資料等を添付してください) | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | |
| 【醜状障害の注意事項】 ※上記いずれかの障害を記載した場合は、その障害の状態の詳細について④の「障害の状態及びXP等の所見」欄に記入してください。 | | | | | | | | | | | |

※コピーして使用することはできません。

| | | | | | | | |
|---|---|--------------|--|--|---------------------------------------|-----------------------|----------|
| ⑧ せき柱及びその他の骨 | ア せき柱の変形障害 | | | イ 頸椎部、胸腰椎部の運動障害 (障害のある運動に○を付け、下記「⑩上下肢等関節角度測定表」にその可動域角度を記入してください。) | | | |
| | 圧迫骨折の有無 | 固定術の有無 | 椎弓切除術の有無 | 前屈 | 後屈 | 右回旋 | 左回旋 |
| | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 右側屈 | 左側屈 | | |
| | ウ その他体幹骨の変形の有無 (裸体になって変形が明らかになる程度のある場合に、下記①～⑤に○を記入してください。) | | | エ せき柱の荷重機能障害 (該当する障害がある場合は、下記①、②いずれかに○を記入してください。) | | | |
| ①鎖骨 ②胸骨 ③肋骨 ④肩甲骨 ⑤骨盤骨 | | | ①頸部及び腰部の両方の保持に困難があり、常に硬性補装具を必要とするもの | | ②頸部又は腰部のいずれかの保持に困難があり、常に硬性補装具を必要とするもの | | |
| 【せき柱及びその他の体幹骨の障害の注意事項】 ※上記いずれかの障害を記載した場合は、その障害の状態の詳細について①の「障害の状態及びX線等の所見」欄に記入してください。併せて、各種検査所見を記載するか、または検査結果を添付してください。 | | | | | | | |
| ⑨ 上肢(手指含む)及び下肢(足指含む)の障害 | ア 欠障害(離断部位を下图に図示してください。) | | | | | | |
| | 上肢 | | 手 | | 指 | | |
| | (右) | (左) | (右) | (左) | (右) | (左) | (左) |
| | 下肢 | | 足 | | 指 | | |
| | (右) | (左) | (右) | (左) | (右) | (左) | (左) |
| | イ 短縮障害 | 右下肢長 | cm | (部位と原因) | ウ 変形障害 | 偽関節(仮関節)の有無及び部位(ゆ合不良) | 有・無 (部位) |
| | 左下肢長 | cm | | | 変形ゆ合の有無及び部位 | 有・無 (部位) | |
| エ 関節の機能障害の有無 | 有・無 | | 【上肢及び下肢の障害の注意事項】 ※左記に関節の機能障害の有無に○をしてください。有の場合は⑩の「上下肢等関節角度測定表」に測定結果を記入してください。 ※上記いずれかの障害を記載した場合は、その障害の状態の詳細について①の「障害の状態及びX線等の所見」欄に記入してください。併せて、各種検査所見を記入するか、または検査結果を添付してください。 | | | | |
| ⑩ 上下肢等関節角度測定表 | | | | | | | |
| 運動方向 | | 屈曲(前屈) | 伸展(後屈) | 回旋 | | 側屈 | |
| 部位 | | | | 右 | 左 | 右 | 左 |
| 頸部 | | | | | | | |
| 胸腰部 | | | | | | | |
| 部位 | | 肩関節 | | 部位 | | 手関節 | |
| 運動方向 | | 右 | 左 | 右 | 左 | 右 | 左 |
| 屈曲(前方挙上) | | | | 屈曲(掌屈) | | | |
| 伸展(後方挙上) | | | | 伸展(背屈) | | | |
| 外転(側方挙上) | | | | 横屈 | | | |
| 内転 | | | | 尺屈 | | | |
| 外旋 | | | | 部位 | | 前腕 | |
| 内旋 | | | | 右 | | 左 | |
| (手指) | | | | 運動方向 | | | |
| | | | | 回内 | | | |
| | | | | 回外 | | | |
| 関節名 | | 中手指節関節 (MP) | | 指節関節 (IP) | | 部位 | |
| 部位 | | 右 | 左 | 右 | 左 | 右 | 左 |
| 母指 | 屈曲 | | | | | 機側外転 | |
| | 伸展 | | | | | 掌側外転 | |
| 関節名 | | 中手指節関節 (MCP) | | 近位指節関節 (PIP) | | 遠位指節関節 (DIP) | |
| 部位 | | 右 | 左 | 右 | 左 | 右 | 左 |
| 示指 | 屈曲 | | | | | | |
| | 伸展 | | | | | | |
| 中指 | 屈曲 | | | | | | |
| | 伸展 | | | | | | |
| 環指 | 屈曲 | | | | | | |
| | 伸展 | | | | | | |
| 小指 | 屈曲 | | | | | | |
| | 伸展 | | | | | | |

※コピーして使用することはできません。

⑩ 上下肢等関節角度測定表

| 運動方向 | 部位 | | 運動方向 | | 部位 | | ひざ関節 | | 足関節 | |
|------|----|---|--------|---|----|---|------|---|-----|---|
| | 右 | 左 | 右 | 左 | 右 | 左 | 右 | 左 | 右 | 左 |
| 屈曲 | | | 屈曲(底屈) | | | | | | | |
| 伸展 | | | 伸展(背屈) | | | | | | | |
| 外転 | | | | | | | | | | |
| 内転 | | | | | | | | | | |
| 外旋 | | | | | | | | | | |
| 内旋 | | | | | | | | | | |

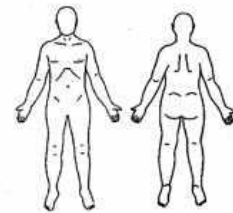
| 部位 | | 関節名 | | 中足指節関節 (MTP) | | 指節関節 (IP) | |
|------|----|-----|--|--------------|---|-----------|---|
| | | | | 右 | 左 | 右 | 左 |
| 第1足指 | 屈曲 | | | | | | |
| | 伸展 | | | | | | |

| 部位 | | 関節名 | | 中足指節関節 (MTP) | | 近位指節関節 (PIP) | | 遠位指節関節 (DIP) | |
|------|----|-----|--|--------------|---|--------------|---|--------------|---|
| | | | | 右 | 左 | 右 | 左 | 右 | 左 |
| 第2足指 | 屈曲 | | | | | | | | |
| | 伸展 | | | | | | | | |
| 第3足指 | 屈曲 | | | | | | | | |
| | 伸展 | | | | | | | | |
| 第4足指 | 屈曲 | | | | | | | | |
| | 伸展 | | | | | | | | |
| 第5足指 | 屈曲 | | | | | | | | |
| | 伸展 | | | | | | | | |

※本測定表のうち、必要部分のみ記入してください。また、患側のみならず健側も測定してください。
 ※取則、他動運動により測定してください。自動運動で測定した場合には、その理由を以下に記入してください。

(自動運動で測定した理由)

⑪ 障害の状態及びXP等の所見
 (上記①～⑩で該当ありの場合、当該障害の詳細、検査所見等について記入するか、または各種検査結果等を添付してください。)
 (図で示すことができるものは図解してください。)



労災保険制度の
アフターケアの必要性

| | |
|---|--|
| 有 | |
| 無 | |

※有無のいずれかに○をしてください。アフターケアの対象となるケガや病気は定められており、一定の障害等級などを対象者の要件としています。複数の障害がある場合は、アフターケアの必要性が認められる上記①～⑩の障害の番号を全て記入してください。

上記のとおり診断します。 〒 _____ 電話() _____

所在地 _____

年 月 日 名 称 _____

診断担当者 (診療科) (氏名)
氏 名 等 _____

※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. イに先行する住居間の移動 | ロ. 就業の場所から住居への移動 ホ. ロに接続する住居間の移動 |
| (ロ) 負傷又は発病の年月日及び時刻 | 年 月 日 午 前 後 時 分 | |
| (ハ) 災害発生場所 | 就業の場所 (ニ) (災害時の通勤の種別がハに該当する場合は移動の終点たる就業の場所) | |
| (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、ハ又はニに該当する場合は記載すること) | 年 月 日 午 前 後 時 分 | |
| (ヘ) 住居を離れた年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別がイ、ニ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 | |
| (ト) 就業終了の年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別がロ、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 | |
| (チ) 就業の場所を離れた年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別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 | |
| (ツ) 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 (ア) どのような場所を 何りどのような状態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 (ロ) どのようなして災害が発生したか (ウ) ②との発生日が異なる場合はその理由を簡明に 記載すること | | |
| (ル) 現認者の住所 | | |
| (ル) 現認者の氏名 | 電話() - | |
| (ヲ) 転任の事実の有無 (災害時の通勤の種別がニ又はホに該当する場合は) | 有 ・ 無 | (ワ) 転任直前の住居に係る住所 |

| | |
|------------------------|--|
| ⑤健康保険日雇特例被保険者手帳の記号及び番号 | |
| ⑥その他就業先の有無 | |
| 有 | 有の場合の数 (ただし表面の事業場を含まない) |
| 無 | 有の場合でいずれかの事業で特別加入している場合の特別加入状況(ただし表面の事業を含まない) 労働保険事務組合又は特別加入団体の名称 |
| | 労働保険番号(特別加入) |
| | 加入年月日 |
| | 年 月 日 |

【項目記入に当たっての注意事項】

- 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当該事項を○で囲んでください。(ただし、⑤欄並びに⑥及び⑦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 傷病年金の受給権者が当該傷病にかか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で年金証書番号を記入してください。また、⑥及び⑦は記入しないでください。
- 3 ⑥は、請求人が健康保険の日雇特例被保険者でない場合には記載する必要はありません。
- 4 (ホ)は、災害時の通勤の種別がハの場合には、移動の終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終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。
- 5 (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。
- 6 (チ)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。
- 7 (ツ)は、通常の通勤の経路を図示し、災害発生場所及び災害発生の日に住居又は就業の場所から災害発生場所に至った経路を朱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、光学式文字読取装置(OCR)で直接読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。

- 1 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。
- 2 「促音」「よう音」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。

(例) キツテ → キツテ キョ → キヨ バ → ハ*

- 3 シツソン は斜の弧を書き始めるとき、小さくカギを付けてください。

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

| | | | |
|---------------|--|-------|---------|
| 派遣先事業主 証明書 | 派遣元事業主が証明する事項(表面の発症並びに(ロ)、(ハ)、(ニ)、(ホ)、(ト)、(チ)、(ヲ)(通常の通勤の経路及び方法に限る。)及び(ヲ))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・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(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 診 療 所 業 局 訪問看護事業者 | 経 由 |
|--------------------------------|-----|

〒 _____

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 | | | | | 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) |
| ② 年金証書の番号 | | | | | ③ 住 所 | の | 職 種 | 午 前 時 分 頃 午 後 |
| 管轄局 | 種別 | 西暦年 | 番 号 | | | | | |
| 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態に(う)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。 事業の名称 _____ _____年 月 日 _____ 〒 _____ 電話 () _____ 事業場の所在地 _____ 事業主の氏名 _____ (法人その他の団体であるときはその名称及び代表者の氏名) [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 | 有の場合のその数 (ただし表面の事業場を含まない) |
| 無 | 有の場合でいずれかの事業で特別加入している場合の特別加入状況(ただし表面の事業を含まない) 労働保険事務組合又は特別加入団体の名称 |
| | 社 |
| | 労働保険番号(特別加入) |
| | 加入年月日 |
| | 年 月 日 |

[注意]

- 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○で囲むこと。
- 2 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) ①、④及び⑤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。
- 3 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。

二次健康診断等給付請求書(表面)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-----------|--|---|--|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|
| 様式第16号の10の2(表面) | 労働者災害補償保険 | 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 <table border="1" style="font-size: small; text-align: center;"> <tr><td>0</td><td>5</td><td>ア</td><td>カ</td><td>サ</td><td>タ</td><td>ナ</td><td>ハ</td><td>マ</td><td>ヤ</td><td>ラ</td><td>ワ</td></tr> <tr><td>1</td><td>6</td><td>イ</td><td>キ</td><td>シ</td><td>チ</td><td>ニ</td><td>ヒ</td><td>ミ</td><td>リ</td><td>フ</td><td>リ</td></tr> <tr><td>2</td><td>7</td><td>ウ</td><td>ク</td><td>ス</td><td>ツ</td><td>ヌ</td><td>フ</td><td>ム</td><td>ユ</td><td>ル</td><td>ロ</td></tr> <tr><td>3</td><td>8</td><td>エ</td><td>ケ</td><td>セ</td><td>テ</td><td>ネ</td><td>ヘ</td><td>メ</td><td>レ</td><td>。</td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td>9</td><td>オ</td><td>コ</td><td>ソ</td><td>ト</td><td>ノ</td><td>ホ</td><td>モ</td><td>ヨ</td><td>ロ</td><td></td></tr> </table> | 0 | 5 | ア | カ | サ | タ | ナ | ハ | マ | ヤ | ラ | ワ | 1 | 6 | イ | キ | シ | チ | ニ | ヒ | ミ | リ | フ | リ | 2 | 7 | ウ | ク | ス | ツ | ヌ | フ | ム | ユ | ル | ロ | 3 | 8 | エ | ケ | セ | テ | ネ | ヘ | メ | レ | 。 | | 4 | 9 | オ | コ | ソ | ト | ノ | ホ | モ | ヨ | ロ | |
| 0 | 5 | ア | カ | サ | タ | ナ | ハ | マ | ヤ | ラ | ワ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 6 | イ | キ | シ | チ | ニ | ヒ | ミ | リ | フ | リ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 7 | ウ | ク | ス | ツ | ヌ | フ | ム | ユ | ル | ロ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | 8 | エ | ケ | セ | テ | ネ | ヘ | メ | レ | 。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | 9 | オ | コ | ソ | ト | ノ | ホ | モ | ヨ | ロ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※ 領票種別 | | ① 管轄局 | ② 領票区分 無新規 1 移行 | ③ 保留 | ④ 受付年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑤ 労働保険番号 | | ⑥ 処理区分 | | ⑦ 支給・不支給決定年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑧ 性別 1 男 3 女 | | ⑨ 労働者の生年月日 | | ⑩ 一次健康診断受診年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑪ 二次健康診断受診年月日 | | ⑫ 特例コード 1 3か月超 3 産後等 5 1及び3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑬ 労働者の氏名 (カタカナ) : 姓と名の間は1文字あけて記入してください。濁点・半濁点は1文字として記入してください。 氏名 (歳) フリガナ 住所 ⑭ 郵便番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 一次健康診断(直近の定期健康診断等)における以下の検査結果について記入してください。 (以下の⑮、⑯、⑰及び⑱の異常所見について、すべて「有」の方が二次健康診断等給付を受けることができます。) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑮ 血圧の測定における異常所見(高い場合に限る。) 1 有 3 無 | | ⑯ 血中脂質検査における異常所見(高い場合に限る。ただし、HDLコレステロールについては、低い場合に限る。) 1 有 3 無 | | ⑰ 血糖検査 ⑱ 異常所見(高い場合に限る。) 1 有 3 無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑲ 糖尿病又はBMI(肥満度)の測定における異常所見(高い場合に限る。) 1 有 3 無 | | ⑳ 尿蛋白検査についての所見 1 - 3 ± 5 + 7 ++ 9 +++ | | ㉑ 脳又は心臓疾患について検査を行っているなど、当該疾患の症状の有無 1 有 3 無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 二次健康診断等実施機関の名称 所在地 電話() - | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ㉒の期日が㉓の期日から3か月を超えている場合、その理由について、該当するものを○で囲んでください。 イ 天災地変により請求を行うことができなかった。 ハ その他(理由:) ロ 医療機関の都合等により、一次健康診断の結果の通知が著しく遅れた。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ㉓の者について、㉒の期日が一次健康診断の実施日であること及び添付された書類が㉒の期日における一次健康診断の結果であることを証明します。 事業主証明欄 事業の名称 所在地 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) 労働者の所属事業場の名称・所在地 電話() - | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記より二次健康診断等給付を請求します。 労働局長 殿 請求年月日 〒 - 電話() - 請求人の住所 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 病院 経由 診療所 | | 局長 部長 課長 調査年月日 復命書番号 決定年月日 不支給理由 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※印の欄は記入しないでください。(職員が記入します。)
 ◎裏面の注意事項を詳しく読んでから記入してください。折り曲げる場合には、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。

二次健康診断等給付請求書(裏面)

様式第16号の10の2(裏面)

一次健康診断を行った医師が異常の所見がないと診断した項目について、産業医等が異常の所見があると診断した場合、当該産業医等が新たに異常の所見があると診断した項目について、該当するものを○で囲んでください。

| | |
|-----------------|----------------------|
| イ 血圧 | |
| ロ 血中脂質 | |
| ハ 血糖値 | |
| ニ 腹囲又はBMI (肥満度) | 異常の所見があると診断した産業医等の氏名 |

[注意]

- 1 で表示された枠（以下「記入枠」という。）に記入する文字は、光学式文字読取装置（OCR）で直接読取りを行うので、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。
- 2 記載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○で囲み（⑨及び⑭から⑳までの事項並びに㉑、㉒、㉓及び㉔の元号については、該当番号を記入枠に記入すること。）、※印のついた記入欄には記入しないでください。
- 3 記入枠の部分は、必ず黒のボールペンを使用し、様式表面右上に記載された「標準字体」にならって、枠からはみ出さないように大きめのカタカナ及びアラビア数字で明瞭に記入してください。
- 4 「一次健康診断」とは、直近の定期健康診断等（労働安全衛生法第66条第1項の規定による健康診断又は当該健康診断に係る同条第5項ただし書の規定による健康診断のうち、直近のもの）をいいます。
- 5 ㉑は、実際に二次健康診断を受診した日（複数日に分けて受診した場合は最初に受診した日）を、また、㉒は、二次健康診断等給付を請求した日（二次健康診断等を医療機関に申し込んだ日）をそれぞれ記入してください。
- 6 ⑭から⑳までの事項を証明することができる一次健康診断の結果を添えてください。
- 7 「二次健康診断等実施機関の名称及び所在地」の欄については、実際に二次健康診断等を受診した医療機関の名称及び所在地を記載してください（胸部超音波検査（心エコー検査）又は頸部超音波検査（頸部エコー検査）を別の医療機関で行った場合、当該医療機関については記載する必要はありません。）。
- 8 「労働者の所属事業場の名称・所在地」の欄については、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。
- 9 「産業医等」とは、労働安全衛生法第13条第1項に基づき当該労働者が所属する事業場に選任されている産業医や同法第13条の2第1項に規定する労働者の健康管理等を行うのに必要な医学に関する知識を有する医師をいいます。

| | | | |
|--------------------|----------------------|-----|---------|
| 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。

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(送信用コンピュータ)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におかれては、労災診療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。

労災レセプト電算処理システムについては、厚生労働省ホームページに掲載されていますので、参照してください。

URL:https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/roudoukijun/rousai/rezeptsystem/request-01.html



2 石綿関連疾患の疑いのある(元)労働者を診察された医師の方へ

労働者として石綿にさらされる業務に従事したことが原因で「中皮腫」、「原発性肺がん」などの石綿関連疾患を発症したと認められる場合には、労災補償給付を受けることができます。

石綿関連疾患は、石綿にさらされてから発症するまでの期間が非常に長いいため、発症した疾病の原因が石綿であると気づかず、労災請求が行われないうおそれがあります。

診察された労働者が石綿にさらされる業務に従事していた場合やその可能性が疑われる場合には、「石綿ばく露歴などのチェック表」などをご活用いただき、労働者に対して労働基準監督署に労災保険の手続きを問い合わせることをお勧めください。

「石綿ばく露歴などのチェック表」は、厚生労働省ホームページに掲載していますので、参照してください。

URL:<https://www.mhlw.go.jp/new-info/kobetu/roudou/sekimen/pamph/051004-1.html>

