労 災 保 険

指 定 薬 局 の 手 引

（令和７年７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)　保険給付の請求手続…… 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　労災保険指定薬局…… 9
(1)　指定薬局の制度…… 9
(2)　労災保険指定薬局療養担当契約事項…… 9
(3)　処方時の確認…… 9
(4)　療養担当方針…… 10
(5)　労働災害に対する健康保険の使用…… 10
(6)　交通事故などの第三者行為災害による保険請求…… 10
(7)　処方箋の保存…… 11
(8)　名称・住所、振込先の変更手続…… 11
(9)　休止、再開…… 11
２　レセプトの作成・提出…… 12
(1)　請求書の分類…… 12
(2)　請求書の作成単位…… 13
(3)　請求書の提出先・提出期限…… 15
(4)　レセプト等の記入時の留意点（共通事項）…… 16
(5)　オンライン請求に関する問合わせ…… 16
(6)　審査・支払・保留…… 23
(7)　薬剤費請求権の時効…… 23
(8)　関係連絡先…… 23
３　アフターケア制度…… 25
(1)　制度の趣旨…… 25
(2)　対象者…… 25
(3)　措置の範囲…… 25
(4)　処方時における留意点…… 26
(5)　請求手続及び算定時の留意事項…… 26
(6)　アフターケア委託費請求権の時効…… 26
(7)　その他…… 27

第３　資料…… 33
１　労災保険指定薬局療養担当契約事項…… 34
２　届出関係様式…… 37
３　保険給付請求書様式（主要なもののみ）…… 41

第４　その他　…… 53
１　労災レセプト電算処理システムのご案内…… 53

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。

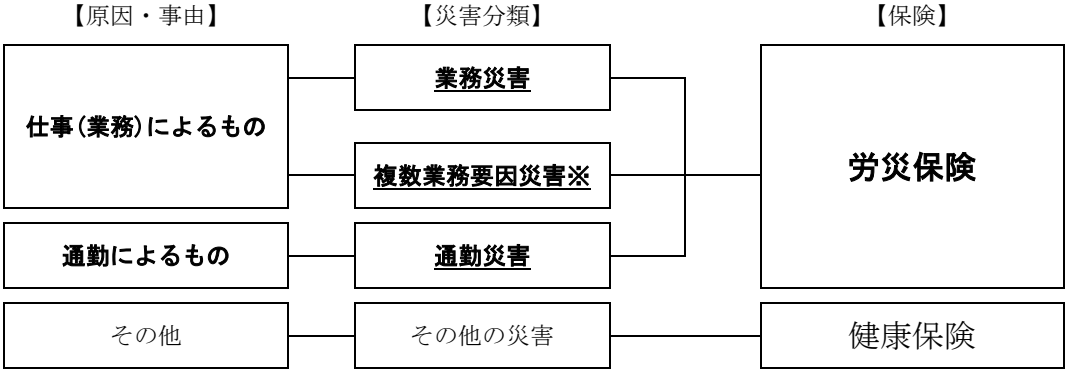
※労働者災害補償保険法(労災保険法)
第一条　労働者災害補償保険は、**業務上の事由、事業主が同一人でない二以上の事業に使用される労働者(以下「複数事業労働者」という。)の二以上の事業の業務を要因とする事由又は通勤による**労働者の負傷、疾病、障害、死亡等に対して迅速かつ公正な保護をするため、必要な保険給付を行い、あわせて、業務上の事由、複数事業労働者の二以上の事業の業務を要因とする事由又は通勤により負傷し、又は疾病にかかつた労働者の社会復帰の促進、当該労働者及びその遺族の援護、労働者の安全及び衛生の確保等を図り、もつて労働者の福祉の増進に寄与することを目的とする。

(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）	所轄労働基準監督署長
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）	
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）	
葬祭料等（葬祭給付）	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(25 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、瘢痕(はんこん)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ます。

（※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　労災保険指定薬局

(1)　指定薬局の制度

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

そこで、薬局と薬局の所在地を管轄する都道府県労働局（以下「管轄労働局」といいます。）との間で指定契約を結び、個々の労働者に薬剤費を直接負担させることなく、薬局において現物給付を行い、その費用を管轄労働局へ請求する方法を取っています。

なお、薬剤費の算定については、「労災診療費算定基準」によって行うこととされていますが、具体的には、厚生労働省告示の別表第三調剤報酬点数表に基づき行うことになっています。

(2)　労災保険指定薬局療養担当契約事項

労災保険指定薬局にかかる指定契約については、具体的には、管轄労働局長と労災指定薬局との間で、「労災保険指定薬局療養担当契約事項」により、指定薬局の任務を始めとして、薬剤費の算定方法及びその請求方法等の必要な事項が定められています。

「労災保険指定薬局療養担当契約事項」については、34～36 ページを参照してください。

(3)　処方時の確認

労働者が、労災保険での薬剤の給付を求めてきたとき、指定薬局として、労災保険の対象となる**労働者**かどうか、また、**業務災害、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労災害用とでは様式が異なります。)

ア　初めての処方の場合

「療養(補償)等給付たる療養の給付請求書」(様式第５号、様式第 16 号の３)(41～42 ページ、47～48 ページ参照)

労働者にとって、初めての指定薬局のときに持参させてください。以前の薬局が非指定薬局の場合も必要になります。また、緊急やむを得ない事由によって提出を求めることが困難な場合には、できるだけ早い時期に提出を求めてください。督促しても提出がない場合は、労働基準監督署又は労働局に連絡してください。

なお、「療養(補償)等給付たる療養の給付請求書」は、労災指定医療機関に提出したものの写しでも差し支えありません。(ただし、⑳指定病院等の名称・所在地は、指定薬局の名称・所在地を記入します。)

イ　他の指定薬局からの変更の場合

「療養(補償)等給付たる療養の給付を受ける指定病院等(変更)届」(様式第６号、様式第 16 号の４)(43～44 ページ、49～50 ページ参照)

指定薬局から指定薬局への変更の場合、「指定病院等(変更)届」が必要となります。

ウ　傷病(補償)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回目の薬剤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)　療養担当方針

薬剤の支給にあたっては、原則として次により行う必要があります。

ア　被災労働者の診療を担当した医師が交付した処方箋に基づいて調剤すること。

イ　指定薬局は､被災労働者が**詐欺その他不正行為**により薬剤の支給を受け又は受けようとしたときは、**遅滞なくその旨を所轄監督署長に通知すること。**

(5)　労働災害に対する健康保険の使用

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

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

ア　事業場は、労働安全衛生規則第 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が、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**ことになります(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、薬局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%てん補されること(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、薬剤費の一定期間分を全額受領済(請求済)の場合は、労災初回レセプトの摘要欄に「○年○月○日までは、自賠責保険より受領済(請求済)」と記載してください。

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

(7) 処方箋の保存

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

(8) 名称・住所、振込先の変更手続

労災保険指定薬局療養担当契約事項 12 により、下記事項の①及び②の場合は、「労災保険指定薬局変更届」(39 ページ) を、①、③、④及び⑤の場合は、「指定・指名機関登録（変更）報告書」(診機様式第 22 号、23 号) (37～38 ページ) を長崎労働局へ提出してください。

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

【留意事項】

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

(9) 休止、再開

休止又は再開を希望する場合は、「労災保険指定薬局休止・再開届」(40 ページ) (コピーして使用可)を提出してください。

２　レセプトの作成・提出

(1)　請求書の分類

ア　紙媒体での請求

薬剤費請求書は、薬剤費請求内訳書(以下「レセプト」といいます。)を、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、最初に処方したレセプト
②　非指定薬局から変更し、最初に処方したレセプト
③　再発した場合で、最初に処方したレセプト
④　自賠責保険(共済)の限度額を超えるため、労災保険へ請求する最初に処方したレセプト

【添付書類】

○業務災害・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)

(ｲ)　継続請求分

「継続請求分」となるレセプトは次のとおりです。

①　２回目以降(２か月目以降)のレセプト
②　他の指定薬局から変更してきた場合のレセプト
③　傷病(補償)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/rezeptsystem/request-02.html

(2)　請求書の作成単位

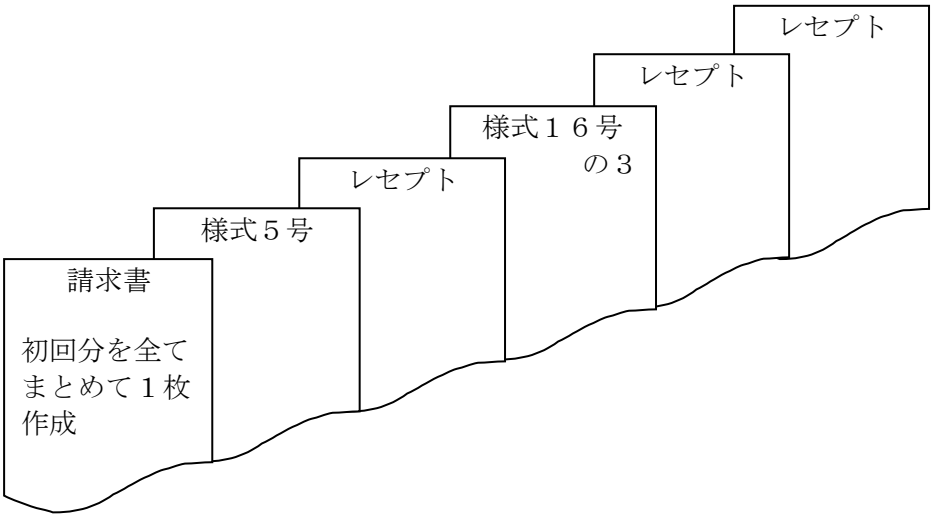
ア　紙媒体での請求

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**全てを一つにとりまとめて**ください。

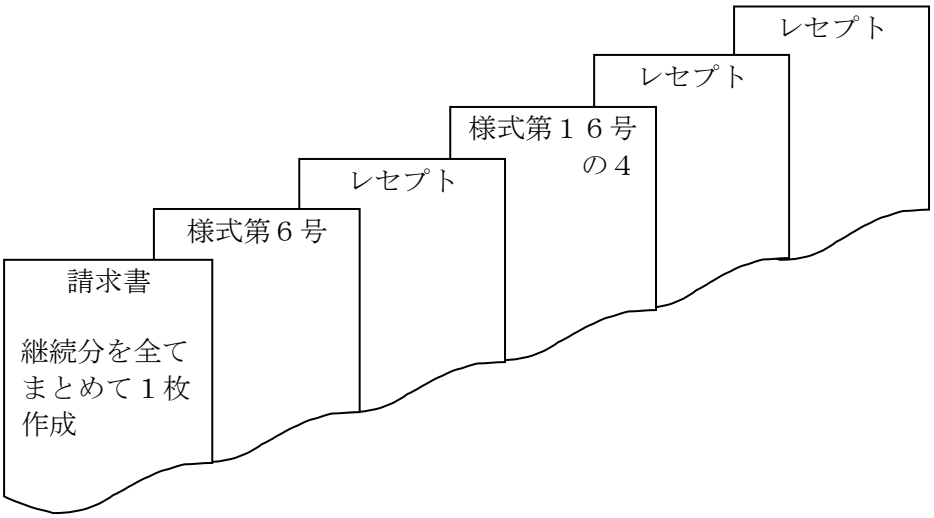
２回目以降請求分についても、その**全てを一つにとりまとめて**ください。

(ｱ)　薬剤費請求書、様式第５号、様式第 16 号の３、様式第６号、様式第 16 号の４及びレセプトは次の図のように綴じてください。

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



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



(ｲ)　留意点

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）

(ｲ) **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**指定薬局の所在地を管轄する労働局に提出**します。

長崎労働局 労働基準部 労災補償課

〒８５０－００３３

長崎市万才町７－１　ＴＢＭ長崎ビル６階

☎０９５－８０１－００３４(労災補償課)

０９５－８０１－００１９(レセプト審査係)

イ　提出期限

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

なお、12 日以降に提出されたものは、翌月受付分と合わせて処理されます。

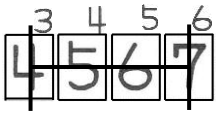
(4)　レセプト等の記入時の留意点　（オンライン請求を除く。）

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＞

一字の場合

複数の場合 

※　訂正印は必要ありません。

イ　薬剤費については、「労働保険番号・生年月日・傷病年月日」又は「年金証書番号」で機械上の管理を行っていますので、以前請求したレセプトと相違のないよう療養(補償)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　薬局において、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してください。

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

薬剤費請求書

指定機様式第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薬剤費請求書

帳票種別 34729

※修正項目番号　①指定薬局の番号　②※受付年月日

③ 請求金額　④ 内訳書添付枚数

金額の頭に￥マークを付けてください。

ただし、⑤請求年 年 ⑥請求月 月分　※修正欄

※印の欄は記入しないでください。

________ほか______名に対する薬剤費の内訳は、別紙内訳書のとおり。

上記の金額を請求します。

年　　月　　日

郵便番号

住　　所
（所在地）

請求人の
（指定薬局）

名　　称

開設者氏名

労働局長殿
（　　　　）署分

電話番号　－　－

受付印

（物品番号 72224）6.5

※コピーして使用することはできません。

労働者災害補償保険薬剤費請求書（診機様式第１号）帳票種別３４７２９

【記載要領】

「①　指定薬局の番号」

指定薬局の番号は、薬局ごとに指定を行った際、８桁の番号が振り出されています。指定薬局の番号の記載を誤りますと、誤った薬局へ振込みが行われますので、正確に記入してください。

「②　※受付年月日」

薬局では記入しないでください。

「③　請求金額」

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

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

「④　内訳書添付枚数」

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

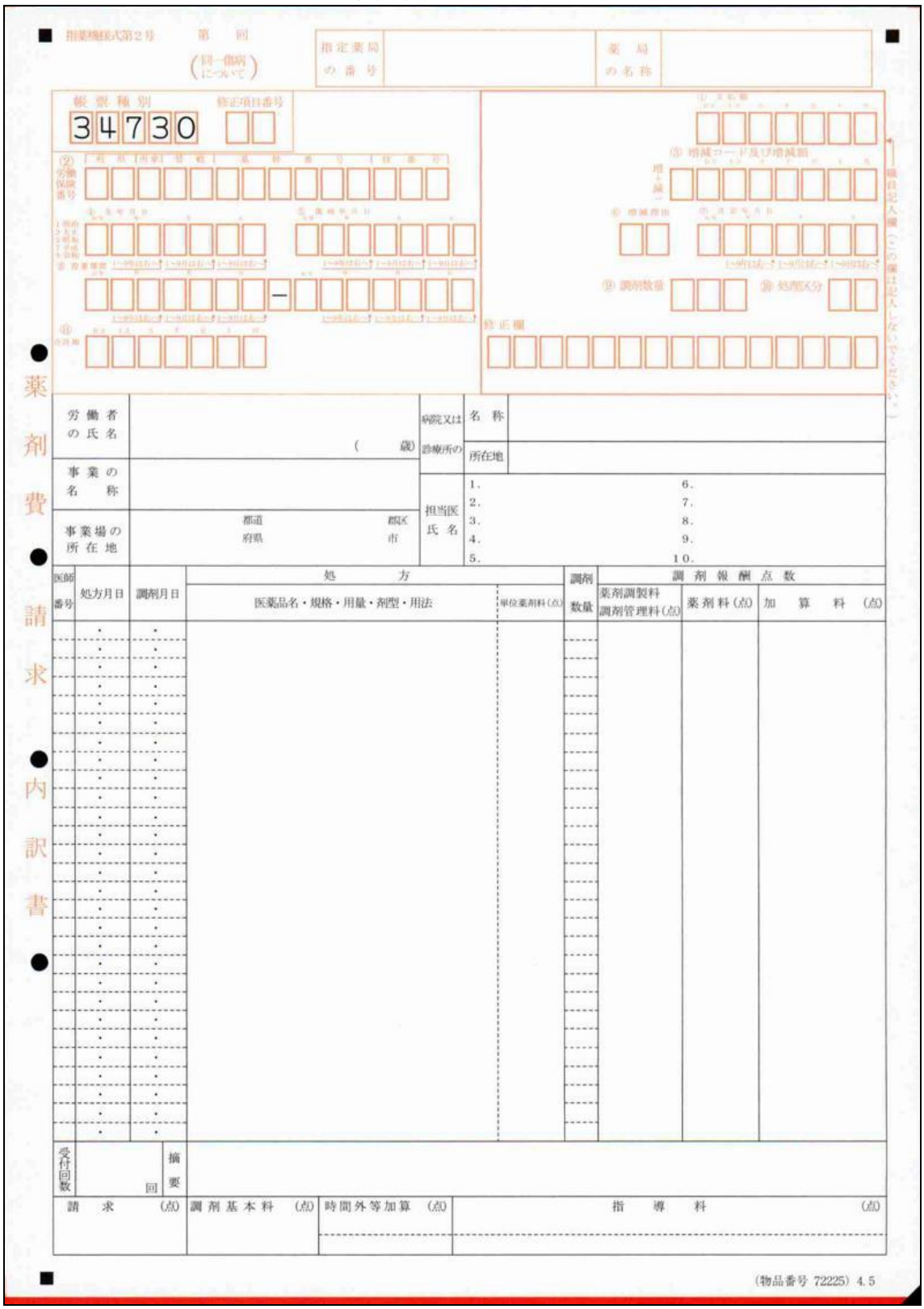
「⑤　請求年」・「⑥　請求月」

レセプトのうち、最新の診療の元号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。

「請求人の開設者氏名」欄について、押印は不要です。

薬剤費請求内訳書



※コピーして使用することはできません。

薬剤費請求内訳書（診機様式第２号）帳票種別３４７３０

【記載要領】

「②　労働保険番号」

府県、所掌、管轄、基幹番号、枝番号ごとに、右詰めで記入してください。

「④　生年月日」「⑤　傷病年月日」

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

「⑧　投薬期間」

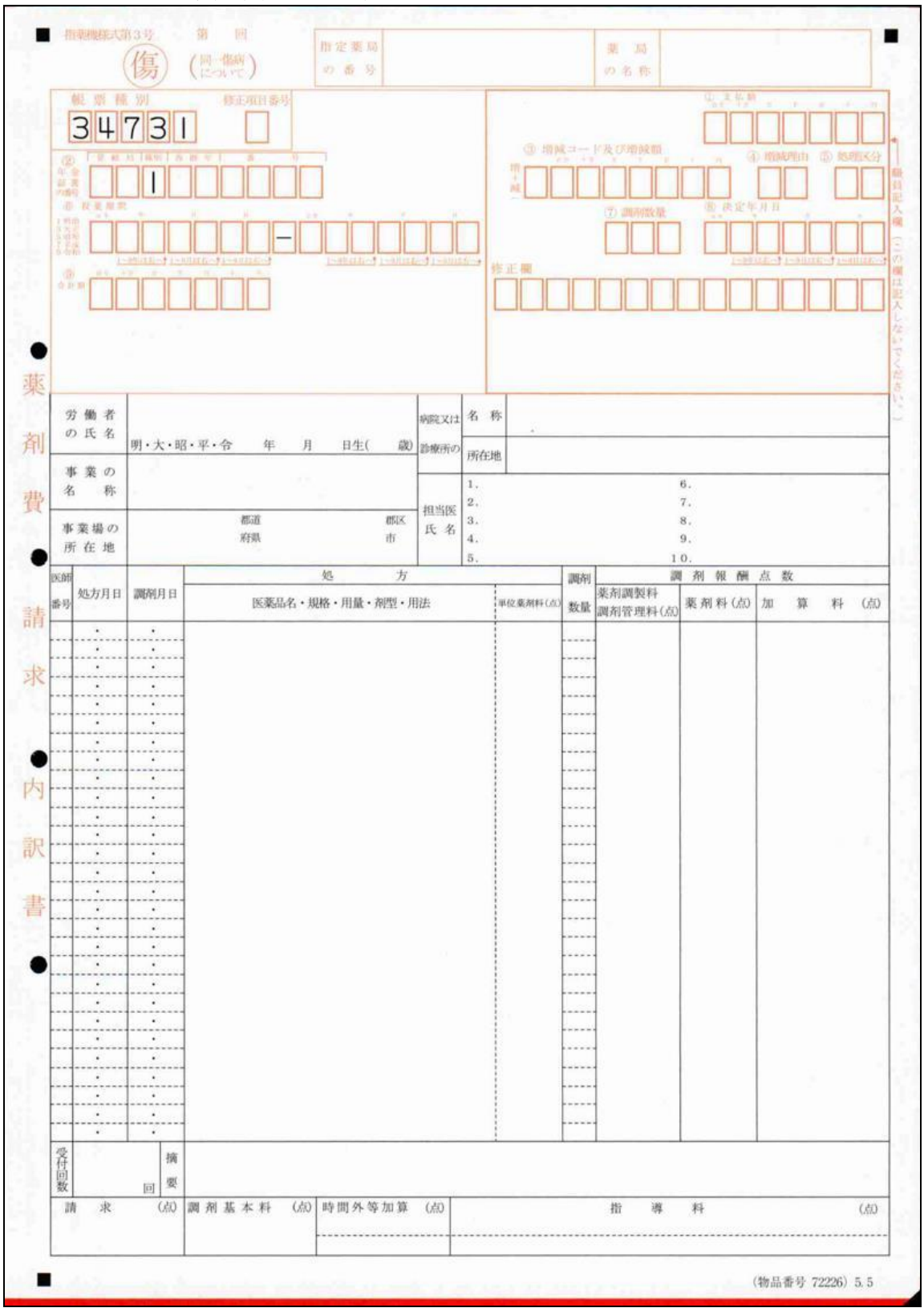
元号をコードで記入したうえで、投薬期間を記入してください。投薬期間が１日の場合も末日は記入してください。

「⑪　合計額」

右詰めで記入してください。金額の頭には￥マークを記入しないでください。

その他、**「修正項目番号」、「修正欄」、①、③、⑥、⑦、⑨及び⑩欄**は、記入しないでください。

薬剤費請求内訳書（傷病（補償）等年金用）



※コピーして使用することはできません。

薬剤費請求内訳書（診機様式第３号）帳票種別３４７３１

【記載要領】

「②　年金証書の番号」

管轄局、種別、西暦年、番号ごとに、右詰めで記入してください。

「⑥　投薬期間」

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

「⑨　合計額」

右詰めで記入してください。金額の頭には￥マークを記入しないでください。

その他、**「修正項目番号」、「修正欄」、①、③、④、⑤、⑦及び⑧欄**は、記入しないでください。

(6)　審査・支払・保留

提出された薬剤費請求書の審査及び支払いまでの流れは、次のとおりです。

ア　審査事務

(ｱ)　所轄労働基準監督署

療養(補償)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

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

ウ　支払通知(査定増減)

厚生労働省から、「薬剤費通知書」により、各被災者の「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変更前の指定薬局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、「薬剤費通知書」の不支給保留額総計欄に保留金額等を印字し通知します。

(7)　薬剤費請求権の時効

指定薬局の薬剤費請求権の消滅時効は、民法第 166 条第１項の規定によって**５年**とされていますので、調剤日の属する月の翌月の初日から起算して５年を経過した場合には薬剤費の請求権を失うこととなります。

(8)　関係連絡先

長崎労働局及び管内の労働基準監督署の連絡先は、下表のとおりです。

名　　称	所　　在　　地	電 話 番 号
長崎労働局労働基準部 労　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」

３　アフターケア制度

(1)　制度の趣旨

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

(2)　対象者

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

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

(3)　措置の範囲

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

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

（例１）　頭頸部外傷症候群等に係るアフターケアの対象者に対して、週に１回の診察を継続して行っている場合など、定められた診察の回数を著しく超えた場合

（例２）　白内障等の眼疾患に係るアフターケアの対象者に対して、眼

処置をしている場合など、処置が認められていない対象傷病に対して処置を行っている場合

（例３） せき髄損傷に係るアフターケアの対象者に対する点滴(褥瘡(じょくそう)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) 処方時における留意点

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

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。手帳交付日以降の処方については、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、ご注意ください。

また、投薬後は、アフターケア手帳に措置の結果を簡潔に記載し、薬局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

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

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

(6) アフターケア委託費請求権の時効

指定薬局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、処方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。

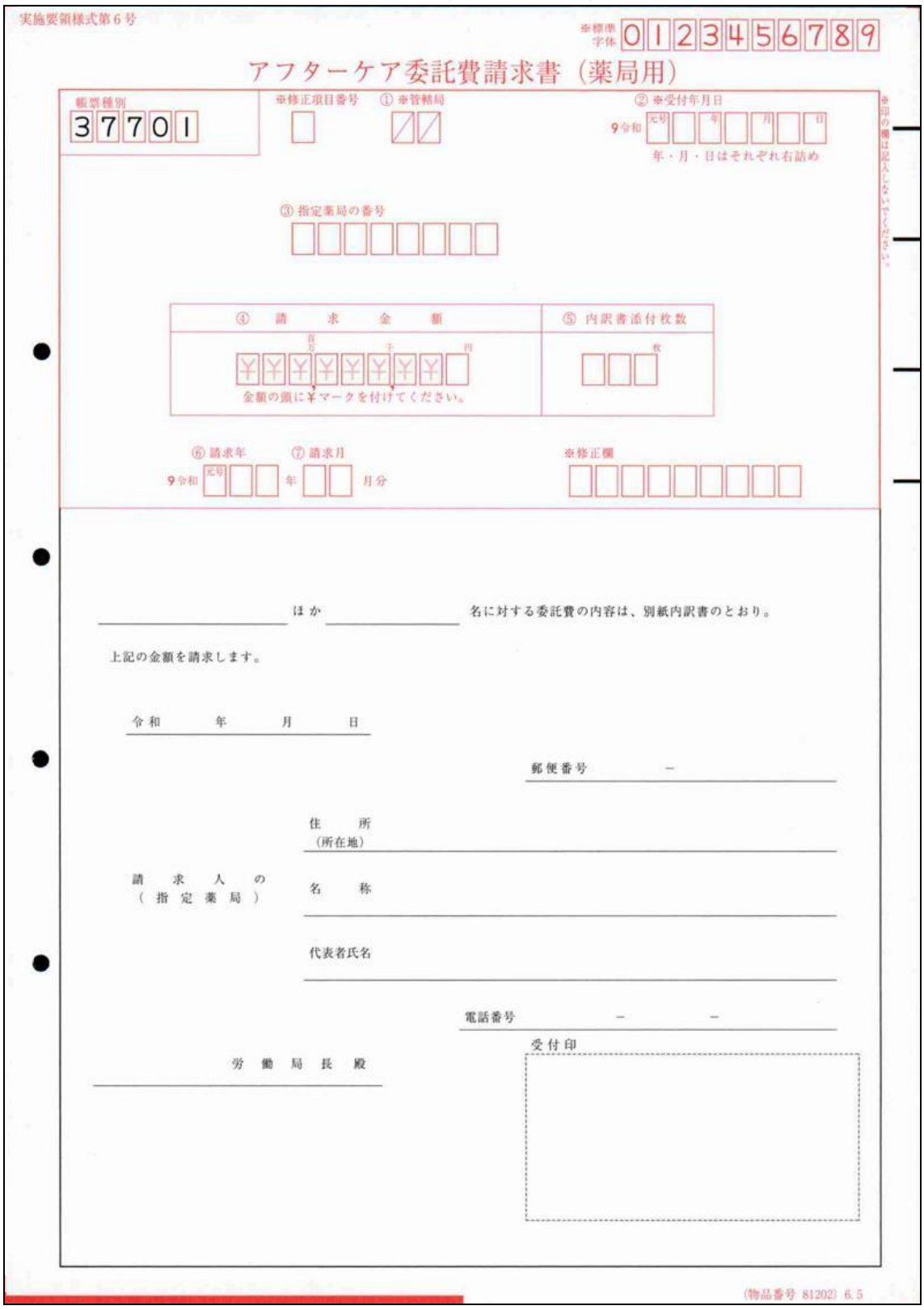
(7)　その他

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（薬局用）



実施要領様式第６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（薬局用）

帳票種別 37701

※修正項目番号

① ※管轄局

② ※受付年月日 9令和 元号 年 月 日

年・月・日はそれぞれ右詰め

※印の欄は記入しないでください。

③ 指定薬局の番号

④ 請求金額	⑤ 内訳書添付枚数
百万 千 円 ¥ ¥ ¥ ¥ ¥ ¥ ¥ ¥ ¥ 金額の頭に￥マークを付けてください。	枚

⑥ 請求年 9令和 元号 年

⑦ 請求月 月分

※修正欄

＿＿＿＿＿＿＿＿ 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（指定薬局）

名称

代表者氏名

電話番号 － －

受付印

労働局長 殿

（物品番号 81202）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(薬局用)（実施要領様式第６号）帳票番号３７７０１

【記載要領】

「委託費請求書（表紙)」の作成

何人分・何か月分あったとしても、請求する際に一枚作成してください。

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

「⑥　請求年」

元号「９」（令和）を必ず記載してください。

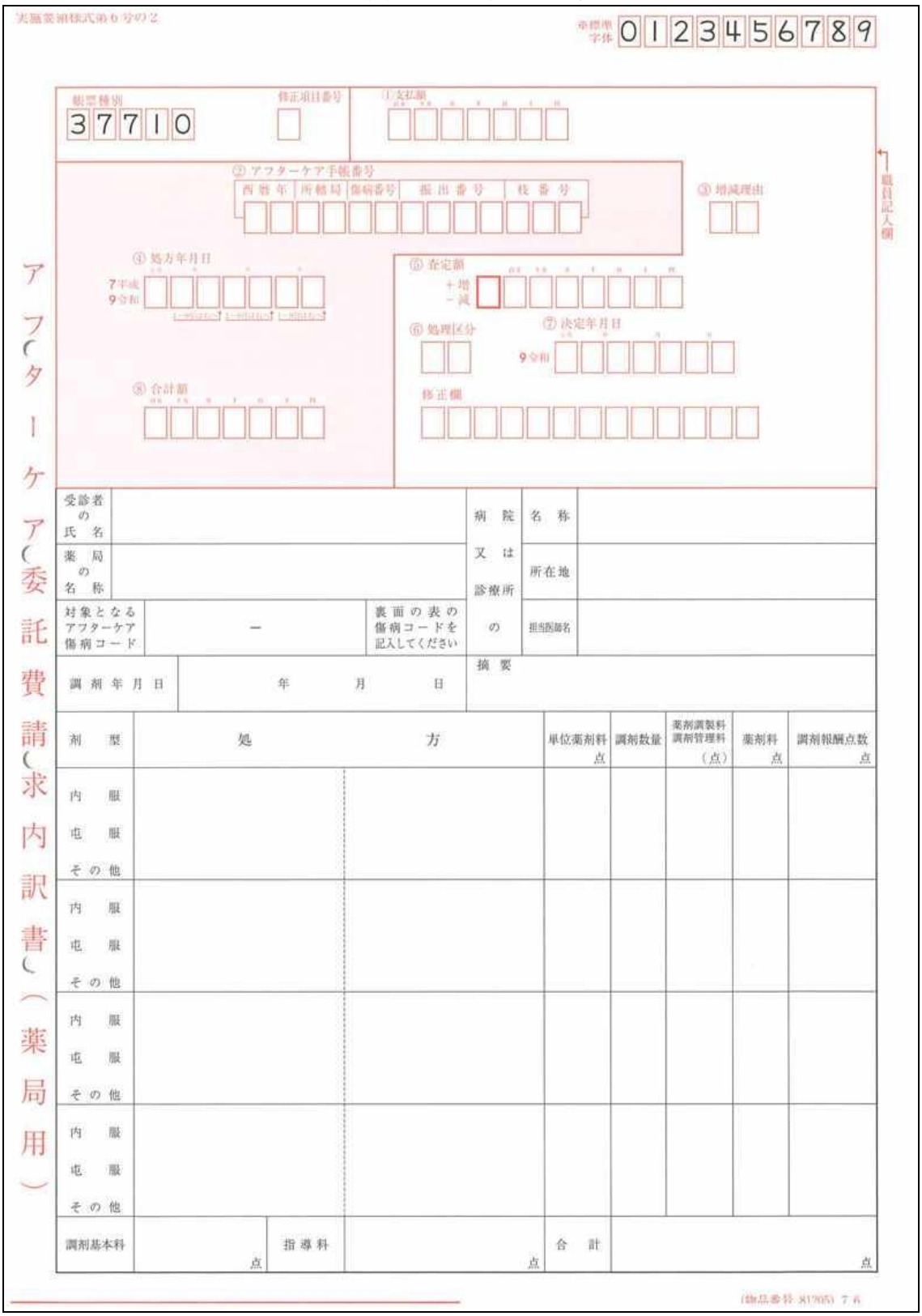
「⑥　請求年」「⑦　請求月」

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

その他については、労災薬剤費に準じてください。

「**請求人の（指定薬局）代表者氏名**」欄について、押印は不要です。

アフターケア委託費請求内訳書（薬局用）（表面）



※コピーして使用することはできません。

アフターケア委託費請求内訳書（薬局用）（裏面）

「対象となるアフターケア傷病コード表」

傷病コード	傷病名	傷病コード	傷病名
０１	せき髄損傷	１１	尿路系腫瘍
	頭頸部外傷症候群等		脳の器質性障害
２１	頭頸部外傷症候群	３０	一酸化炭素中毒（炭鉱災害を除く。）
２２	頸肩腕障害	３１	外傷による脳の器質的損傷
２３	腰痛	３２	減圧症
	尿路系障害	３３	脳血管疾患
２４	尿道狭さく及び尿路変向術後	３４	有機溶剤中毒等
２５	代用膀胱造設後	１４	外傷による末梢神経損傷
	慢性肝炎	１５	熱傷
２６	ＨＢｅ抗原陽性及びＣ型肝炎ウイルス感染	１６	サリン中毒
２７	ＨＢｅ抗原陰性	１７	精神障害
０５	白内障等の眼疾患		循環器障害
０６	振動障害	３５	弁損傷及び心膜病変
０７	大腿骨頸部骨折及び股関節脱臼・脱臼骨折	３６	人工弁置換後
０８	人工関節・人工骨頭置換	３７	人工血管置換後
０９	慢性化膿性骨髄炎	１９	呼吸機能障害
	虚血性心疾患等	２０	消化器障害
２８	虚血性心疾患	００	炭鉱災害による一酸化炭素中毒
２９	ペースメーカ及び除細動器		

※　頭頸部外傷症候群等、尿路系障害、慢性肝炎、虚血性心疾患等、脳の器質性障害及び循環器障害に係るアフターケアについては、各傷病内における該当する傷病コードを表面の記入欄に記入してください。

お　願　い

○　この用紙は、機械で直接処理しますので、折り曲げたり汚したり、また他の用紙を糊付けしないでください。

○　小枠内は、黒ボールペンで、枠からはみ出さないように、表面の右上にある標準字体にならって、ていねいに記入してください。

○　この用紙は、直射日光・湿気をさけて保管してください。

※コピーして使用することはできません。

アフターケア委託費請求内訳書(薬局用)（実施要領様式第６号の２）
帳票番号３７７１０

【記載要領】
「委託費請求内訳書」の作成
　労災診療費は１人１か月に１枚作成しますが、アフターケアでは１処方日につき、レセプト１枚を作成します。

「②　手帳番号」
　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。**

「④　処方年月日」
　元号欄に「９」（令和）を必ず記載してください。

その他については、労災薬剤費に準じてください。

第３　資料

１　労災保険指定薬局療養担当契約事項

２　届出関係様式

「指定・指名機関登録（変更）報告書」
「労災保険指定薬局変更届」
「労災保険指定薬局休止・再開届」

３　保険給付請求書様式（主要なもののみ）

様式第５号	療養補償給付及び複数事業労働者療養給付たる療養の給付請求書
様式第６号	療養補償給付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(2)	療養補償給付及び複数事業労働者療養給付たる療養の費用請求書（薬局用）
様式第 16 号の３	療養給付たる療養の給付請求書
様式第 16 号の４	療養給付たる療養の給付を受ける指定病院等（変更）届
様式第 16 号の５(2)	療養給付たる療養の費用請求書（薬局用）

労災保険指定薬局療養担当契約事項

（昭和 39 年 2 月 20 日付け基発第 185 号）
最終改定　平成 23 年６月 24 日付け基発 0624 第１号

※本文中の業務災害に係る保険給付名及び様式名は、複数業務要因災害を含む保険給付名及び様式名に読み替えてください。

（療養の給付等の担当）

１　労災保険指定薬局（以下「指定薬局」という。）は、労働者災害補償保険法第 13 条第２項第２号、第 21 条第１号及び第 29 条第１項に基づく療養（補償）給付、社会復帰促進等事業に係るアフターケア及び外科後処置のうち、薬剤の支給を行うこと。

（療養の給付請求書等の処理）

２　指定薬局は、傷病労働者から療養の給付を受けることを求められたときは、その者の提出する「療養補償給付たる療養の給付請求書」（告示様式第５号）又は「療養給付たる療養の給付請求書」（告示様式第 16 号の３）（以下「療養の給付請求書」という。）によって療養の給付を受ける資格があることを確かめること。

ただし、緊急やむを得ない事由によって療養の給付請求書を提出することができない者については、この限りでないこと。この場合においては、その事由がやんだ後、遅滞なく提出させること。

傷病労働者が、傷病補償年金又は傷病年金受給者である場合には、年金証書の確認についても同様の取扱いとすること。

傷病労働者から提出された療養の給付請求書は、その者の所属する事業場の所任地を管轄する労働基準監督署長、傷病補償年金又は傷病年金受給者である場合には、その者の年金証書に記載されている給付決定を行った労働基準監督署長（以下「所轄監督署長」という。）に対し、指定薬局の所在地を管轄する都道府県労働局長（以下「所轄労働局長」という。）を経由し、提出すること。

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

（療養給付等の担当方針）

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

（所轄監督署長への通知）

４　指定薬局は、傷病労働者が詐欺その他不正行為により薬剤の支給を受け又は受けようとしたときは、遅滞なくその旨を所轄監督署長に通知すること。

（薬剤費の算定）

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

（薬剤費の請求）

6　指定薬局は、薬剤の支給に関する費用について、薬剤費請求書等により、毎月分につき、その翌月 10 日（※15 ページ参照）までに所轄労働局長に請求すること。

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

(1)　業務災害又は通勤災害以外の負傷又は疾病に対して薬剤の支給を行った場合

(2)　関係法令又は本契約事項に違反して薬剤の支給を行った場合

（アフターケア及び外科後処置に係る薬剤費の請求等）

7　アフターケア及び外科後処置に係る薬剤費の支給に関する費用の請求及びその様式については、それぞれ別に通達で定めるところによること。

（処方せんの保存）

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

（指定期間）

9　指定期間は、指定の日から原則として３年とする。ただし、指定期間満了の日前６月より同日前３月までの間に指定薬局から別段の申し出がないときは、その指定はその都度更新されるものとする。

（標札の掲示）

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

（指定の取消）

11　指定薬局が、次の各号の一に該当する場合には、所轄労働局長はその指定を取り消すことができる。

(1)　薬剤の支給に要した費用の請求については、不正行為があったとき

(2)　関係法令又は本契約事項に違反したとき

(3)　その他指定薬局として存続させることが不適当と認められる行為のあったとき

（変更の届出）

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

(1)　薬局を廃止、休止若しくは薬局を再開したとき

(2)　管理薬剤師に異動があったとき

(3)　開設者の氏名又は住所が変更されたとき

(4)　薬局の名称が変更されたとき

(5)　支払いを受ける金融機関又は口座を変更したとき

（施行期日等）

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

ただし、施行日前に指定した指定薬局であって、外科後処置に係る薬剤の

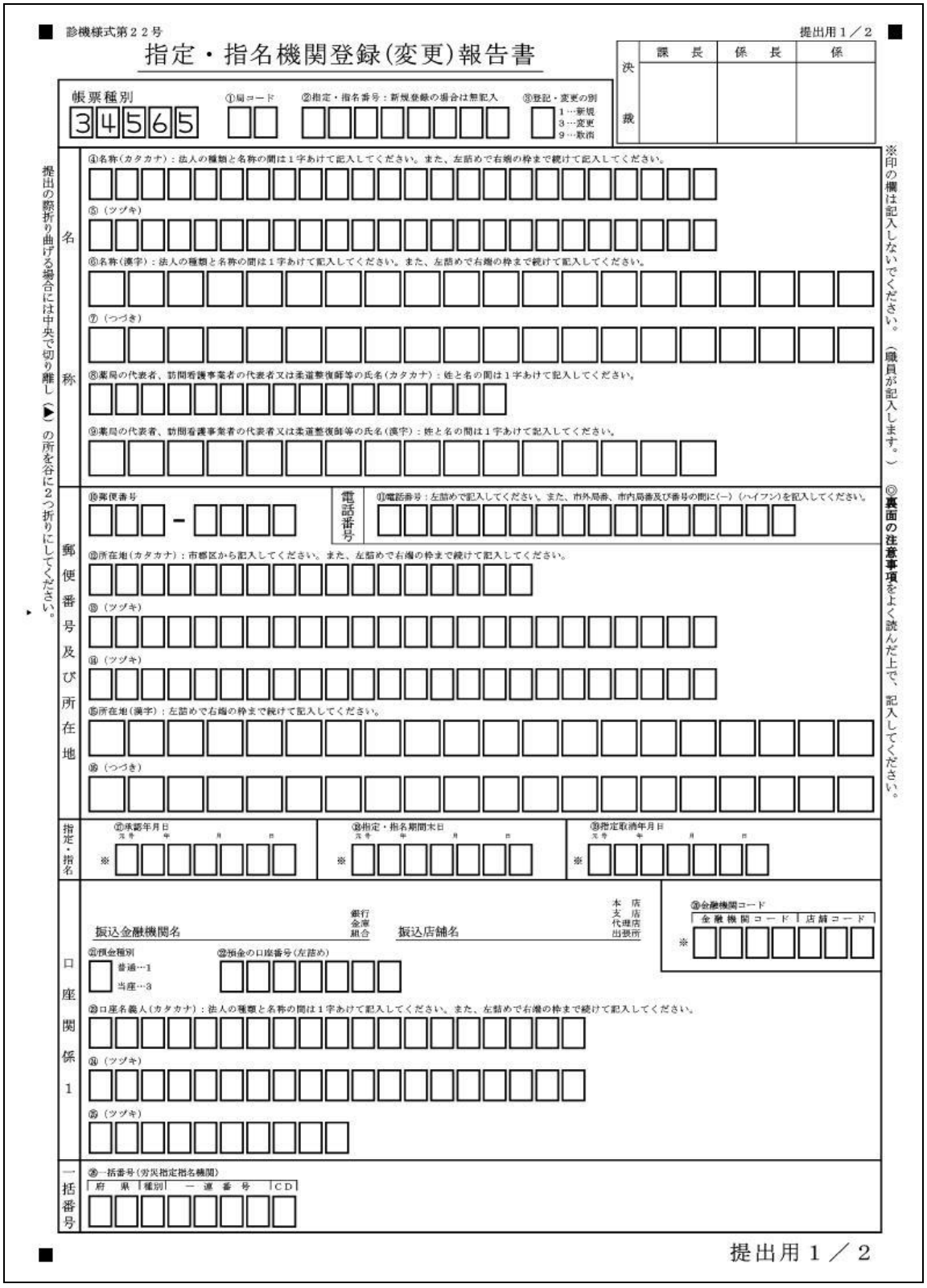
支給を行わない場合には、所轄労働局長に書面による申し出を行うことで、本契約事項を適用せずなお従前の例によることとする。

（標札）

様式第三号

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

指定・指名機関登録（変更）報告書



■ 診機様式第２２号　　提出用１／２ ■

指定・指名機関登録(変更)報告書

決裁	課　長	係　長	係

帳票種別 3 4 5 6 5　①局コード　②指定・指名番号：新規登録の場合は無記入　③登記・変更の別 1…新規 3…変更 9…取消

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つ折りにしてください。

名称

④名称(カタカナ)：法人の種類と名称の間は１字あけて記入してください。また、左詰めで右端の枠まで続けて記入してください。

⑤（ツヅキ）

⑥名称(漢字)：法人の種類と名称の間は１字あけて記入してください。また、左詰めで右端の枠まで続けて記入してください。

⑦（つづき）

⑧薬局の代表者、訪問看護事業者の代表者又は柔道整復師等の氏名(カタカナ)：姓と名の間は１字あけて記入してください。

⑨薬局の代表者、訪問看護事業者の代表者又は柔道整復師等の氏名(漢字)：姓と名の間は１字あけて記入してください。

郵便番号及び所在地

⑩郵便番号　－

電話番号 ⑪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。

⑫所在地(カタカナ)：市郡区から記入してください。また、左詰めで右端の枠まで続けて記入してください。

⑬（ツヅキ）

⑭（ツヅキ）

⑮所在地(漢字)：左詰めで右端の枠まで続けて記入してください。

⑯（つづき）

指定・指名

⑰承認年月日　元号　年　月　日　※

⑱指定・指名期間末日　元号　年　月　日　※

⑲指定取消年月日　元号　年　月　日　※

口座関係１

銀行 金庫 組合　振込金融機関名　　本店 支店 代理店 出張所　振込店舗名

⑳金融機関コード　※　金融機関コード　店舗コード

㉑預金種別　普通…1　当座…3

㉒預金の口座番号(左詰め)

㉓口座名義人(カタカナ)：法人の種類と名称の間は１字あけて記入してください。また、左詰めで右端の枠まで続けて記入してください。

㉔（ツヅキ）

㉕（ツヅキ）

一括番号

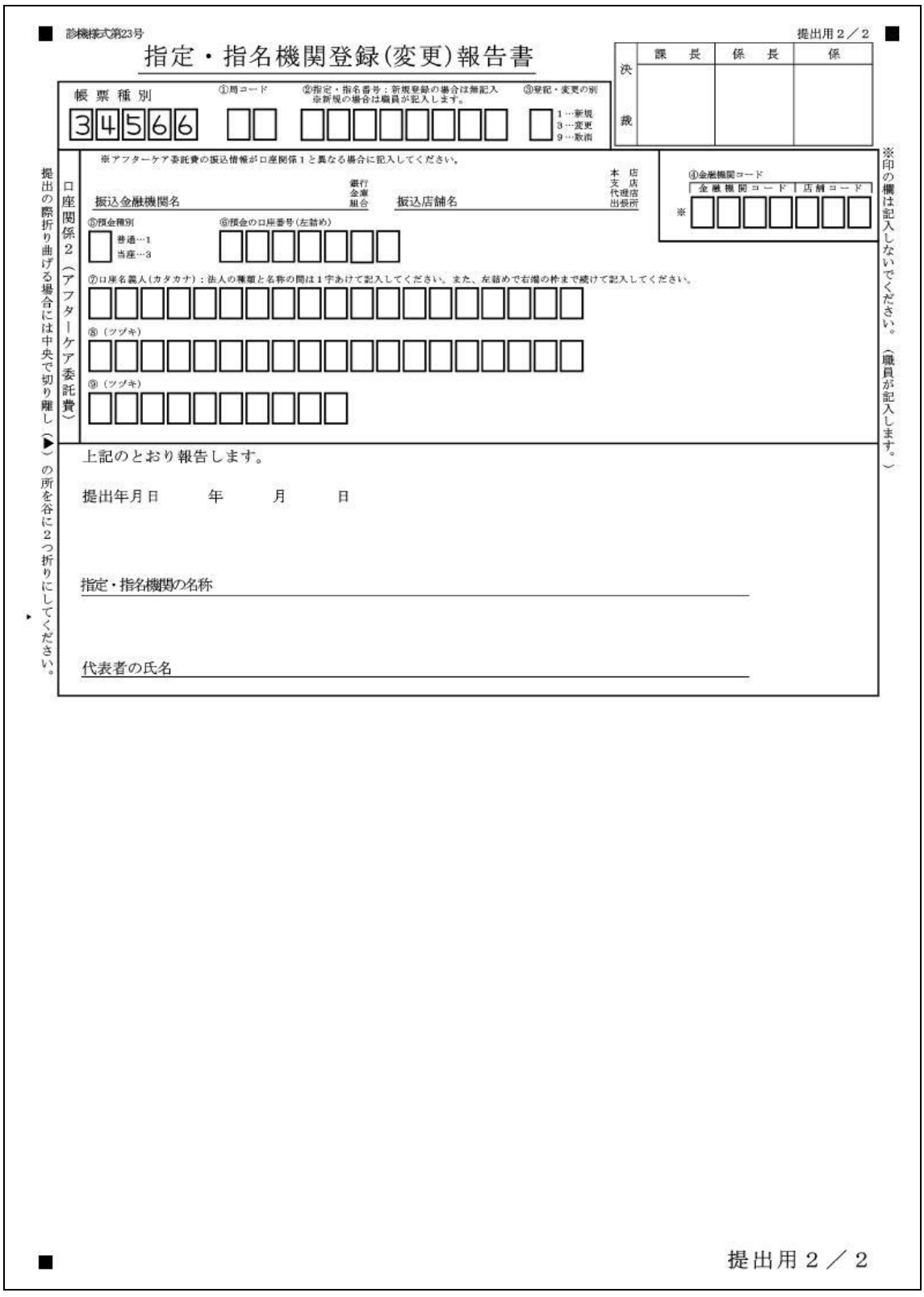
㉖一括番号(労災指定指名機関)　府県　種別　一連番号　CD

※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だ上で、記入してください。

■　提出用１／２

※コピーして使用することはできません。



※コピーして使用することはできません。

労災保険指定薬局変更届

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

上記のとおり変更しましたのでお届けします。

年　月　日

指定薬局番号　４２

名　称 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所　在　地 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

開設者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

長崎労働局長　殿

労災保険指定薬局休止・再開届

指定薬局	名　称	
	所在地	

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

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

年　　月　　日

指定薬局番号　　４２

名　　称 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所　在　地 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

開設者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

長崎労働局長　殿

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（表面）

様式第５号(表面)　労働者災害補償保険
業務災害用
複数業務要因災害用
療養補償給付及び複数事業労働者療養給付たる療養の給付請求書

裏面に記載してある注意事項をよく読んだ上で、記入してください。

標準字体　0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 " ° ー
ア イ ウ エ オ カ キ ク ケ コ サ シ ス 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

標準字体で記入してください。

※帳票種別　34590
①管轄局署
②業通別　1　1業 3通
③保留　1全レセ 3全給付
⑥処理区分
④受付年月日　※
⑤労働保険番号　府県　所掌　管轄　基幹番号　枝番号
年金証書番号記入欄
㉓兼業　※
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　1明治 3大正 5昭和 7平成 9令和
⑩負傷又は発病年月日
㉔請求　※
⑪再発年月日
⑫労働者の
シメイ（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）
⑬郵便番号　フリガナ
住所
職種
㉕複災　※
⑬三者　1日 3労 5他
⑭特疾　1特定疾病 3その他
⑮特別加入者
㉖傷病性質（業）　※
⑰負傷又は発病の時刻　午前・午後　時　分頃
⑱災害発生の事実を確認した者の職名、氏名
職名
氏名

⑲災害の原因及び発生状況
(あ)どのような場所で(い)どのような作業をしているときに(う)どのような物又は環境に(え)どのような不安全な又は有害な状態があって(お)どのような災害が発生したか(か)⑩と初診日が異なる場合はその理由を詳細に記入すること

⑳指定病院等の　名称　電話（　）－
所在地　〒　－
㉑傷病の部位及び状態

⑫の者については、⑩、⑰及び⑲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）
労働者の所属事業場の名称・所在地　電話（　）－

（注意）1　労働者の所属事業場の名称・所在地については、労働者が直接所属する事業場が一括適用の取扱いを受けている場合に、労働者が直接所属する支店、工事現場等を記載してください。
2　派遣労働者について、療養補償給付又は複数事業労働者療養給付のみの請求がなされる場合にあっては、派遣先事業主は、派遣元事業主が証明する事項の記載内容が事実と相違ない旨裏面に記載してください。

上記により療養補償給付又は複数事業労働者療養給付たる療養の給付を請求します。
年　月　日

労働基準監督署長 殿

病院・診療所・薬局・訪問看護事業者　経由
請求人の　〒　－　電話（　）－
住所　（　方）
氏名

※印の欄は記入しないでください。（職員が記入します。）

折り曲げる場合には(◀)の所を谷に折りさらに2つ折りにしてください。

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

（この欄は記入しないでください。）

※コピーして使用することはできません。

療養補償給付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)

㉒その他就業先の有無		
有 無	有の場合のその数 (ただし表面の事業場を含まない) 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
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　⑱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　㉒「その他就業先の有無」欄の記載がない場合又は複数就業していない場合は、複数事業労働者療養給付の請求はないものとして取り扱います。

6　疾病に係る請求の場合、脳・心臓疾患、精神障害及びその他二以上の事業の業務を要因とすることが明らかな疾病以外は、療養補償給付のみで請求されることとなります。

［その他の注意事項］

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

派遣先事業主証明欄	派遣元事業主が証明する事項(表面の⑩、⑰及び⑲)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
薬局
訪問看護事業者

〒　—
電話(　)　—

住所
届出人の　方
氏名

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

①労働保険番号						③労働者の	氏名	(男・女)	④負傷又は発病年月日
府県	所掌	管轄	基幹番号		枝番号		生年月日	年　月　日(　歳)	年　月　日
							住所		午前後　時　分頃
②年金証書の番号							職種		
管轄局	種別	西暦年	番号						

⑤ 災害の原因及び発生状況　(あ)どのような場所で(い)どのような作業をしているときに(う)どのような物又は環境に(え)どのような不安全な又は有害な状態があって(お)どのような災害が発生したかを簡明に記載すること。

③の者については、④及び⑤に記載したとおりであることを証明します。

年　月　日

事業の名称
〒　—　電話(　)　—
事業場の所在地
事業主の氏名
(法人その他の団体であるときはその名称及び代表者の氏名)

⑥指定病院等の変更	変更前の	名称	(労災指定医番号)
		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 無	有の場合のその数 （ただし表面の事業場を含まない） 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
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。

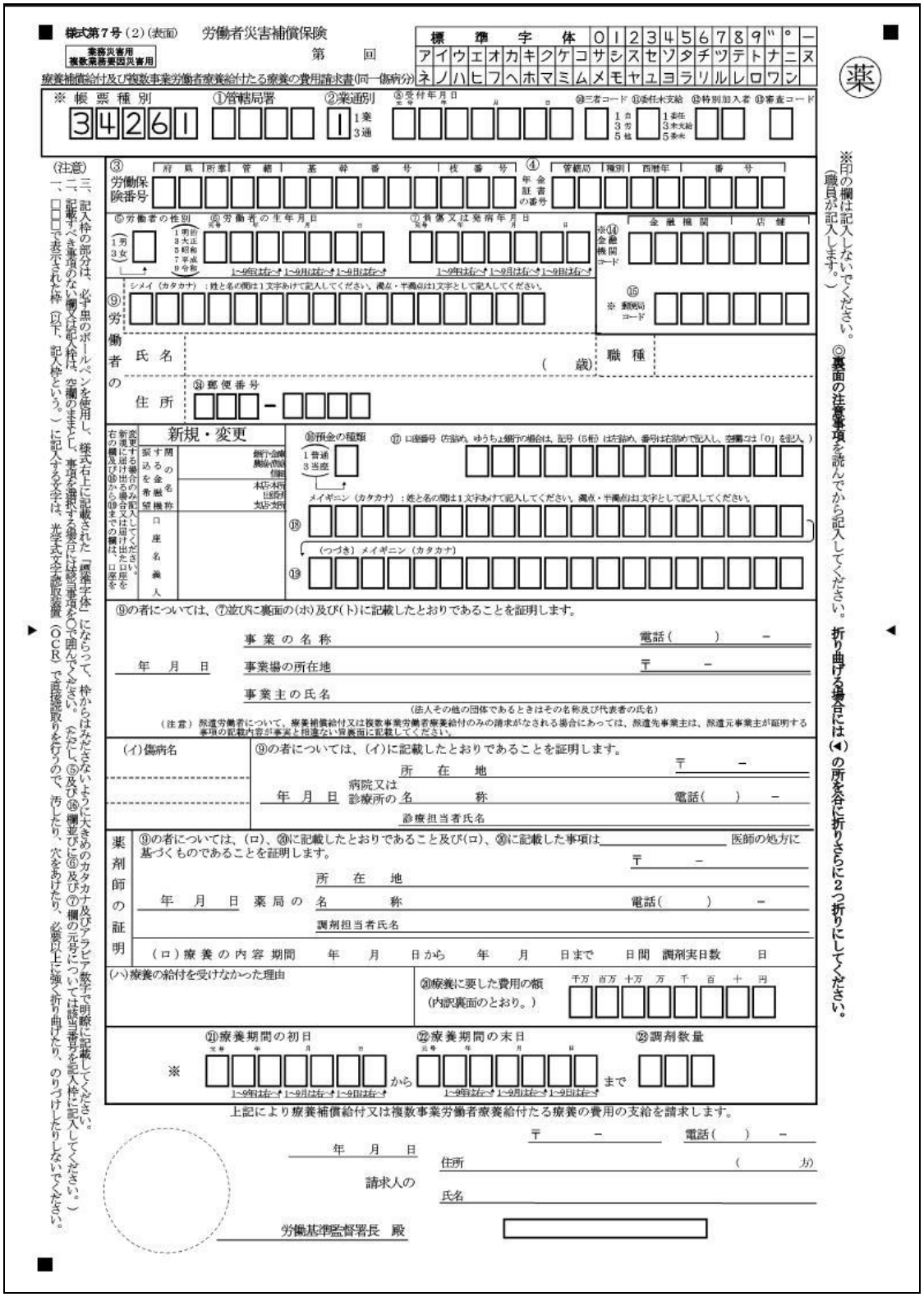
5　⑨「その他就業先の有無」欄の記載がない場合又は複数就業していない場合は、複数事業労働者療養給付の届出はないものとして取り扱うこと。

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（薬局用）
（表面）



※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（薬局用）（裏面）

様式第７号(２)(裏面)

(ニ) 労働者の所属事業場の名称・所在地	(ホ) 負傷又は発病の時刻	(ヘ) 災害発生の事実を確認した者の
	午 前 後 時 分頃	職名 氏名

(ト)災害の原因及び発生状況　(あ)どのような場所で(い)どのような作業をしているときに(う)どのような物又は環境に(え)どのような不安全な又は有害な状態があって(お)どのような災害が発生したか(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。

療養の内訳及び金額

病院又は診療所の	名称	
	所在地	
担当医氏名	1.	3.
	2.	4.

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

(注意) １．共通の注意事項
(１)　この請求書は、薬局から薬剤の支給を受けた場合に提出すること。
(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)　(ニ)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。
２．傷病補償年金又は複数事業労働者傷病年金の受給権者が当該傷病に係る療養の費用を請求する場合以外の場合の注意事項
(１)　④は、記載する必要がないこと。
(２)　(ヘ)は、災害発生の事実を確認した者(確認した者が多数あるときは、最初に発見した者)を記載すること。
(３)　(ヘ)及び(ト)は、第２回以後の場合には記載する必要がないこと。
(４)　第２回以後の請求が離職後である場合には事業主の証明は受ける必要がないこと。
３．傷病補償年金又は複数事業労働者傷病年金の受給権者が当該傷病に係る療養の費用を請求する場合の注意事項
(１)　③、⑥、⑦及び(ホ)から(ト)までは記載する必要がないこと。
(２)　事業主の証明は受ける必要がないこと。
４．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。
５．⑭「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、複数事業労働者療養給付の請求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請求されることとなること。

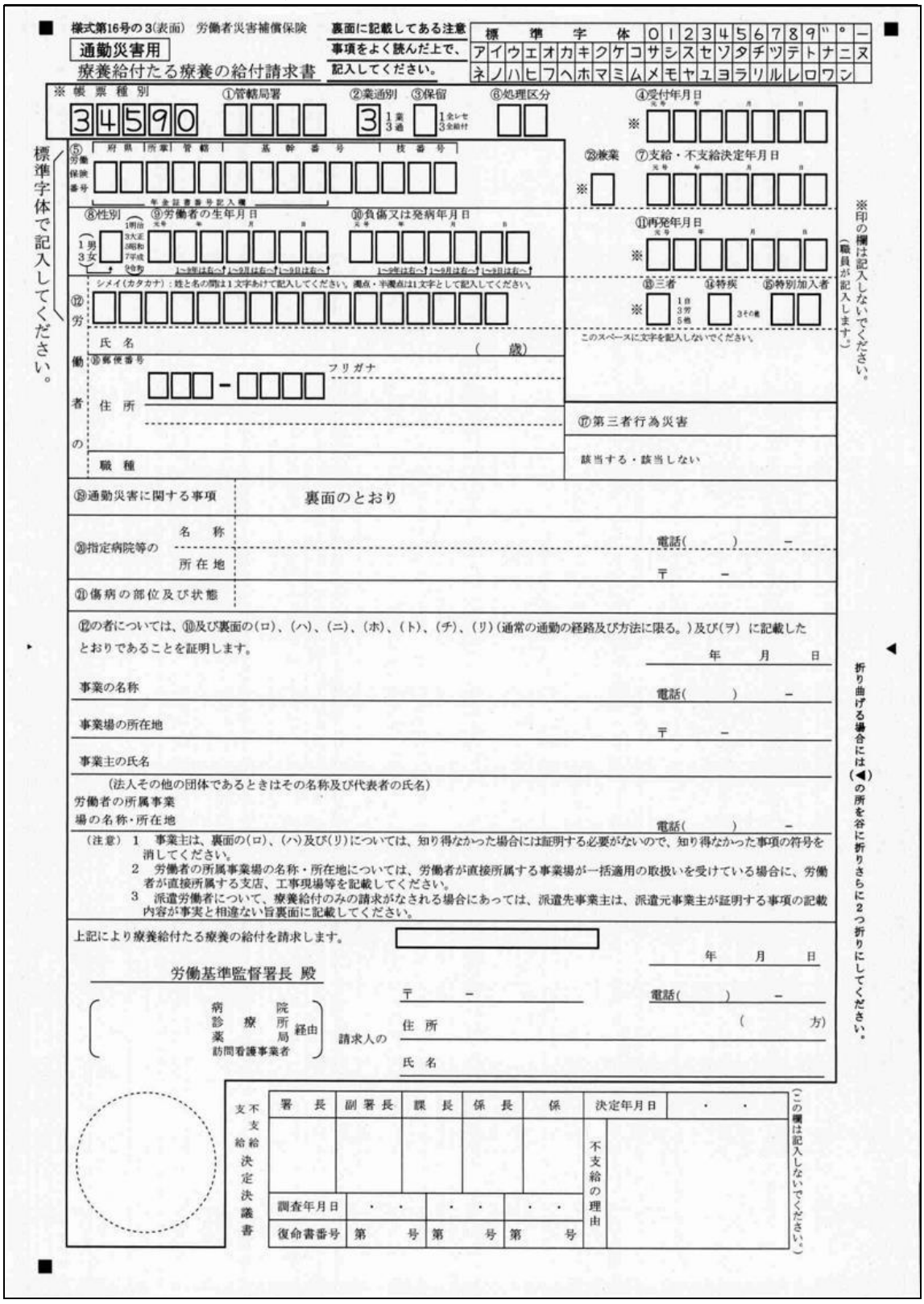
⑭その他就業先の有無	
有 無	有の場合のその数（ただし表面の事業場を含まない）　社
有の場合でいずれかの事業で特別加入している場合の特別加入状況（ただし表面の事業を含まない）	労働保険事務組合又は特別加入団体の名称
	加入年月日　年　月　日
労働保険番号（特別加入）	

派遣先事業主証明欄	派遣元事業主が証明する事項(表面の⑦並びに(ホ)及び(ト))の記載内容について事実と相違ないことを証明します。
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。

療養給付たる療養の給付請求書（表面）



様式第16号の3(表面)　労働者災害補償保険
通勤災害用
療養給付たる療養の給付請求書

裏面に記載してある注意事項をよく読んだ上で、記入してください。

標準字体
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 ゛ ゜ ー
ア イ ウ エ オ カ キ ク ケ コ サ シ ス 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

※帳票種別 3 4 5 9 0
①管轄局署　②業通別 3（1業 3通）　③保留（1全レセ 3全給付）　⑥処理区分
④受付年月日 ※

⑤労働保険番号（府県 所掌 管轄 基幹番号 枝番号）　年金証書番号記入欄
㉒被災 ※　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（1明治 3大正 5昭和 7平成 9西暦）　⑩負傷又は発病年月日
⑪再発年月日 ※
㉓三者（1自 3労 5他）　㉔特疾（3その他）　㉕特別加入者 ※
⑫労働者の　シメイ(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
⑬郵便番号　□□□－□□□□
住所
職種
このスペースに文字を記入しないでください。
⑰第三者行為災害　該当する・該当しない

※印の欄は記入しないでください。（職員が記入します。）

⑲通動災害に関する事項　裏面のとおり
⑳指定病院等の　名称　電話(　)　－　所在地　〒　－
㉑傷病の部位及び状態

⑫の者については、⑩及び裏面の(ロ)、(ハ)、(ニ)、(ホ)、(ト)、(チ)、(リ)(通常の通勤の経路及び方法に限る。)及び(ヲ)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)
労働者の所属事業場の名称・所在地　電話(　)　－

（注意）1　事業主は、裏面の(ロ)、(ハ)及び(リ)については、知り得なかった場合には証明する必要がないので、知り得なかった事項の符号を消してください。
2　労働者の所属事業場の名称・所在地については、労働者が直接所属する事業場が一括適用の取扱いを受けている場合に、労働者が直接所属する支店、工事現場等を記載してください。
3　派遣労働者について、療養給付のみの請求がなされる場合にあっては、派遣先事業主は、派遣元事業主が証明する事項の記載内容が事実と相違ない旨裏面に記載してください。

上記により療養給付たる療養の給付を請求します。　年　月　日
労働基準監督署長 殿
（病院 診療所 薬局 訪問看護事業者 経由）
請求人の　〒　－　住所　電話(　)　－　(　方)　氏名

支不支給決定決議書

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

（この欄は記入しないでください。）

標準字体で記入してください。

折り曲げる場合には(◀)の所を谷に折りさらに2つ折りにしてください。

※コピーして使用することはできません。

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　ロ．就業の場所から住居への移動 ハ．就業の場所から他の就業の場所への移動 ニ．イに先行する住居間の移動　ホ．ロに後続する住居間の移動
(ロ)	負傷又は発病の年月日及び時刻		年　月　日　午前/後　時　分頃
(ハ)	災害発生の場所	(ニ) 就業の場所 (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　分頃
(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　分頃
(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　分頃
(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　分頃
(リ)	災害時の通勤の種別に関する移動の通常の経路、方法及び所要時間並びに災害発生の日に住居又は就業の場所から災害発生の場所に至った経路、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 (あ)どのような場所を (い)どのような方法で移動している際に (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 (お)⑲と初診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		
	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)	有・無	(ワ) 転任直前の住居に係る住所

⑬健康保険日雇特例被保険者手帳の記号及び番号	

⑳その他就業先の有無		
有・無	有の場合のその数 (ただし表面の事業場を含まない)　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
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、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 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、⑨及び⑩は記入しないでください。
3 ⑬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、後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 (リ)は、通常の通勤の経路を図示し、災害発生の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の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) キッテ → 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、 ㄩ の2本の縦線は上で閉じないで書いてください。

派遣先事業主証明欄	
	派遣元事業主が証明する事項(表面の⑩並びに(ロ)、(ハ)、(ニ)、(ホ)、(ト)、(チ)、(リ)(通常の通勤の経路及び方法に限る。)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。 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 薬局 訪問看護事業者　経由］

〒　－

電話（　）　－

届出人の　住所　　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労働者の		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
					生年月日	年　月　日（　歳）	
②年金証書の番号					住所		午前後　時　分頃
管轄局	種別	西暦年	番号		職種		

⑤ 災害の原因及び発生状況　（あ）どのような場所を（い）どのような方法で移動している際に（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箇明に記載すること

③の者については、④に記載したとおりであることを証明します。

年　月　日

事業の名称

〒　－　電話（　）　－

事業場の所在地

事業主の氏名

（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 無	有の場合のその数 （ただし表面の事業場を含まない） 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
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。

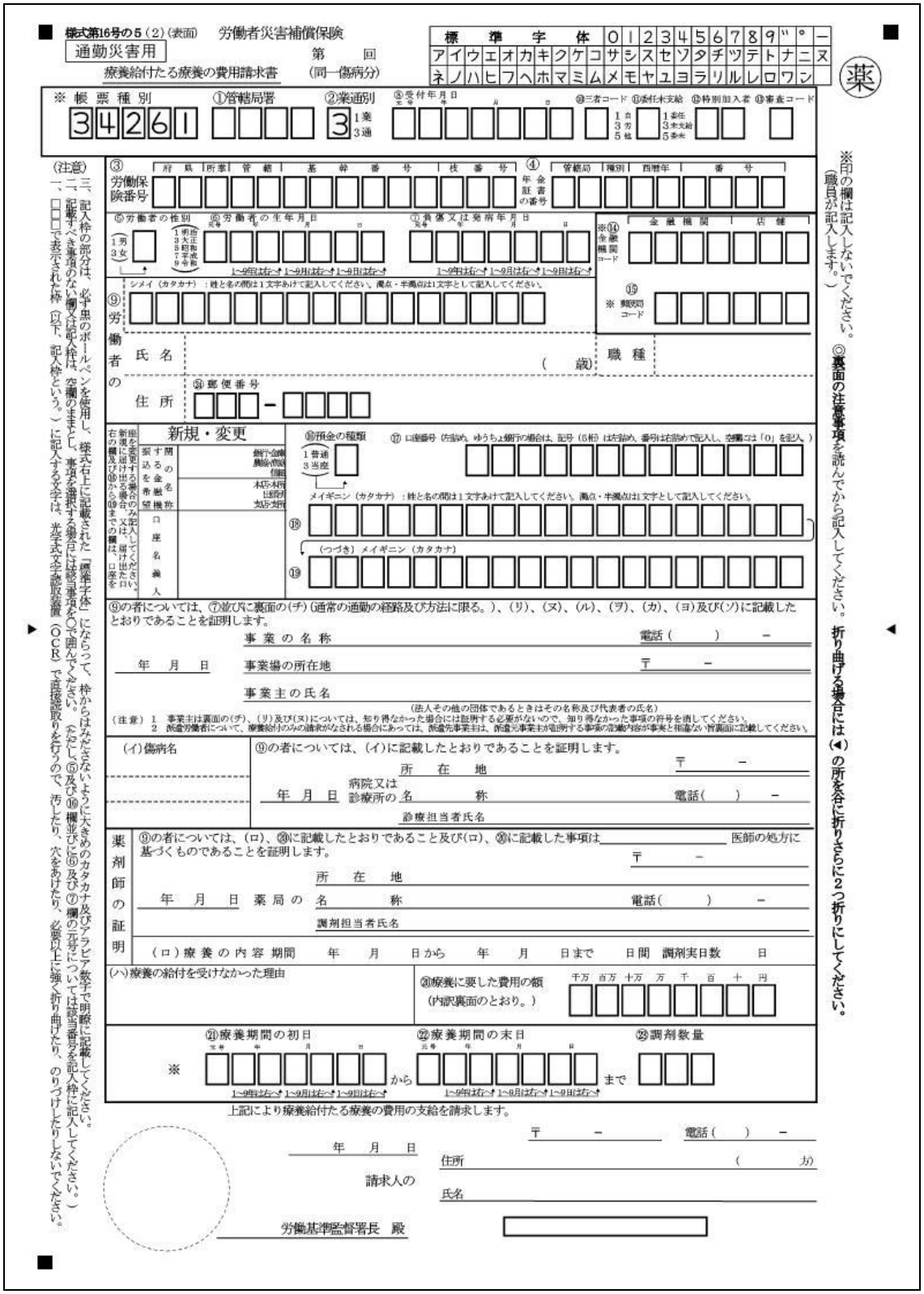
（2）　事業主の証明は受ける必要がないこと。

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。

療養給付たる療養の費用請求書（薬局用）（表面）


様式第16号の5（2）（表面）　労働者災害補償保険
通勤災害用
療養給付たる療養の費用請求書
第　回
（同一傷病分）

標準字体
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 ヮ ° －
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

薬

※帳票種別 3 4 2 6 1
①管轄局署
②業通別 3（1業 3通）
③受付年月日
⑧三者コード（1自 3労 5他）
⑨未支給（1傷病 3未支給 5遺未）
⑫特別加入者
⑬審査コード

（注意）
一、□□□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。
二、記載すべき事項のない欄又は枠は、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。
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」にならって、枠からはみだ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載してください。（なお、⑤及び⑯欄並びに⑯及び⑰欄の二分岩については該当番号を記入枠に記入してください。）

③労働保険番号（府県 所掌 管轄 基幹番号 枝番号）
④年金証書の番号（管轄局 種別 西暦年 番号）
⑤労働者の性別（1男 3女）
⑥労働者の生年月日（明1 大2 昭3 平4 令5 西暦1 3 5 7 9）
⑦負傷又は発病年月日
※⑭金融機関コード（金融機関 店舗）
⑮※郵便局コード
⑨労働者の氏名（シメイ（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。）（　歳）
職種
住所 ⑧郵便番号 □□□－□□□□

新規・変更
座を変更する場合のみ記入してください。新規に届け出る場合・又は一度届け出た口座を変更する場合は、右の欄及び⑱から⑲までの欄は、口座を
振込を希望する金融機関の名称（銀行・金庫 農協・信連 信組 本店・本所 出張所 支店・支所）
口座名義人
⑰預金の種類（1普通 3当座）
⑰口座番号（左詰め。ゆうちょ銀行の場合は、記号（5桁）は左詰め、番号は右詰めで記入し、空欄には「0」を記入）
メイギニン（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。
⑱
（つづき）メイギニン（カタカナ）
⑲

⑨の者については、⑦並びに裏面の(チ)（通常の通勤の経路及び方法に限る。）、(リ)、(ヌ)、(ル)、(ヲ)、(カ)、(ヨ)及び(ソ)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）1 事業主は裏面の(チ)、(リ)及び(ヌ)については、知り得なかった場合には証明する必要がないので、知り得なかった事項の符号を消してください。
2 派遣労働者について、療養給付の⑨の請求がなされる場合にあっては、派遣先事業主は、派遣元事業主が証明する事項の記載内容が事実と相違ない旨裏面に記載してください。

(イ)傷病名
⑨の者については、(イ)に記載したとおりであることを証明します。
年　月　日　病院又は診療所の　所在地　〒　－　名称　電話（　）－　診療担当者氏名

薬剤師の証明
⑨の者については、(ロ)、⑧に記載したとおりであること及び(ロ)、⑧に記載した事項は　医師の処方に基づくものであることを証明します。
年　月　日　薬局の　所在地　〒　－　名称　電話（　）－　調剤担当者氏名
(ロ)療養の内容期間　年　月　日から　年　月　日まで　日間　調剤実日数　日
(ハ)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（内訳裏面のとおり。）　千万 百万 十万 万 千 百 十 円
㉑療養期間の初日　※　元号 年 月 日　1～9日は右つめ　1～9月は右つめ　1～9日は右つめ　から
㉒療養期間の末日　元号 年 月 日　1～9日は右つめ　1～9月は右つめ　1～9日は右つめ　まで
㉓調剤数量

上記により療養給付たる療養の費用の支給を請求します。
年　月　日
〒　－　電話（　）－
請求人の　住所　（　方）
氏名
労働基準監督署長　殿

※印の欄は記入しないでください。（職員が記入します。）
◎裏面の注意事項を読んでから記入してください。折り曲げる場合には◀の所を谷に折りさらに2つ折りにしてください。

※コピーして使用することはできません。

療養給付たる療養の費用請求書（薬局用）（裏面）

様式第16号の5(2)(裏面)

(ニ) 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 ロ．就業の場所から住居への移動 ハ．就業の場所から他の就業の場所への移動 ニ．イに先行する住居間の移動 ホ．ロに後続する住居間の移動	
(ホ) 労働者の所属事業場の名称・所在地		(ヘ) 現認者の	住所 氏名　　電話(　)　—
(ト) 災害の原因及び発生状況	(あ)どのような場所を(い)どのような方法で移動している際に(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(お)⑦と初診日が異なる場合はその理由を簡明に記載すること		
(リ) 負傷又は発病の年月日及び時刻	年　月　日　午　前後　時　分頃	(チ) 災害時の通勤の種別に関する移動の通常の経路、方法及び所要時間並びに災害発生の日に住居又は就業の場所から災害発生の場所に至った経路、方法、時間その他の状況	
(ヌ) 災害発生の場所			
就業の場所 (ル)(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)			
就業開始の予定年月日及び時刻 (ヲ)(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　分頃		
住居を離れた年月日及び時刻 (ワ)(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　分頃		
就業終了の年月日及び時刻 (カ)(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　分頃		
就業の場所を離れた年月日及び時刻 (ヨ)(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　分頃		
(タ) 第三者行為災害	該当する・該当しない		
(レ) 健康保険日雇特例被保険者手帳の記号及び番号		(通常の移動の所要時間　時間　分)	
(ソ) 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)	有・無 (ツ)転任直前の住居に係る住所		

療養の内訳及び金額

病院又は診療所の	名称	
	所在地	
担当医氏名	1． 2．	3． 4．

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

(注　意)
1．共通の注意事項
(1)　この請求書は、薬局から薬剤の支給を受けた場合に提出すること。
(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)　(ホ)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)　(レ)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、記載する必要がないこと。
2．傷病年金の受給権者が当該傷病に係る療養の費用を請求する場合以外の場合の注意事項
(1)　④は、記載する必要がないこと。
(2)　第2回以後の請求の場合には、(ヘ)から(ヨ)まで、(ソ)及び(ツ)については記載する必要がなく、また事業主の証明は受ける必要がないこと。
3．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)　③、⑥、⑦並びに(ヘ)から(タ)まで、(ソ)及び(ツ)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。

⑧その他就業先の有無	
有 無	有の場合のその数（ただし表面の事業場を含まない）　社
有の場合でいずれかの事業で特別加入している場合の特別加入状況（ただし表面の事業を含まない）	労働保険事務組合又は特別加入団体の名称
	加入年月日　年　月　日
労働保険番号（特別加入）	

派遣先事業主証明欄	派遣元事業主が証明する事項(表面の⑦並びに(チ)(通常の通勤の経路及び方法に限る。)、(リ)、(ヌ)、(ル)、(ヲ)、(カ)、(ヨ)及び(ソ))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。

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、労災薬剤費においても、電子レセプトによる請求が可能となるよう、平成 26 年１月から労災レセプト電算処理システムが稼働しています。

このシステムは、現在使用している健康保険のオンライン請求で使用しているレセプトコンピュータ(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ーメーカーにご相談ください。)

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

労災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