

労 災 保 険

指定訪問看護事業者の手引

(令和7年1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
第 2 労災医療の事務取扱	8
1 労災保険指定訪問看護事業者	8
(1) 指定訪問看護事業者の制度.....	8
(2) 労災保険指定訪問看護事業者療養担当契約事項.....	8
(3) 訪問看護の対象者.....	8
(4) 受給資格の確認.....	8
(5) 療養担当方針.....	9
(6) 労働災害に対する健康保険の使用.....	9
(7) 交通事故などの第三者行為災害による保険請求.....	10
(8) 名称、住所、振込先等の変更手続.....	10
(9) 廃止、休止、再開の手続.....	11
2 レセプトの作成・提出	11
(1) 請求書の分類.....	11
(2) 請求書の作成単位.....	12
(3) 請求書の提出先・提出期限.....	13
(4) 請求書、レセプト用紙の入手方法.....	13
(5) レセプト等の記入時の留意点（共通事項）.....	13
(6) 審査・支払・保留.....	23
(7) 訪問看護費用請求権の時効.....	23
(8) 関係連絡先.....	23
第 3 資料	25
1 労災保険指定訪問看護事業者療養担当契約事項	26
2 届出関係様式	29
3 保険給付請求書様式（主要なもののみ）	34

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。

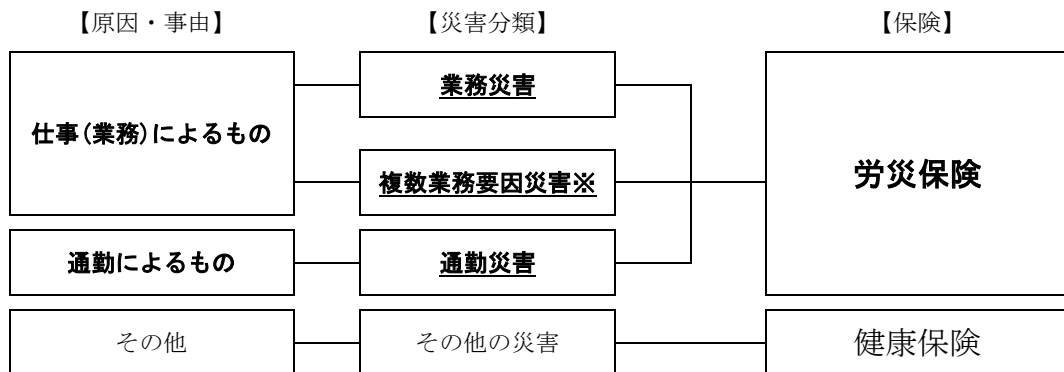
※労働者災害補償保険法(労災保険法)

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、もっ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/roudou_kijun/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)	<u>病院や薬局等を経て</u> 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、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} 癍痕の軽減など、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。

第2 労災医療の事務取扱

1 労災保険指定訪問看護事業者

(1) 指定訪問看護事業者の制度

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

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

なお、訪問看護費用の算定については、「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、訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法（平成20年3月5日厚生労働省告示第67号）の別表「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法」により行うことになっています。

(2) 労災保険指定訪問看護事業者療養担当契約事項

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

「労災保険指定訪問看護事業者療養担当契約事項」については、26～28ページを参照してください。

(3) 訪問看護の対象者

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

(4) 受給資格の確認

労働者が、労災保険での訪問看護の給付を求めてきたとき、指定訪問看護事業者として、労災保険の対象となる**労働者**かどうか、また、**業務災害、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 初めての訪問看護の場合

「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)(34~35ページ、40~41ページ参照)

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

イ 労災指定されている他の指定訪問看護事業者からの変更の場合

「療養(補償)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)(36~37ページ、42~43ページ参照)

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

ウ 傷病(補償)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回目の訪問看護費用請求内訳書に変更届(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。また、年金証書の確認を行う必要があります。

なお、それまで請求時に使用していた労働保険番号は、新たに振り出された**年金証書番号に変更**になるとともに、訪問看護費用請求内訳書も訪様式第9号(17~18ページ参照)から**訪様式第10号**(20~21ページ7参照)に変更になります。

(5) 療養担当方針

訪問看護にあたっては、原則として次により行う必要があります。

ア 被災労働者の診療を担当した医師の指示により訪問看護を行うこと。

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

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

エ 被災労働者ごとに訪問看護計画書及び訪問看護報告書を作成すること。

(6) 労働災害に対する健康保険の使用

明らかに業務災害や通勤災害に該当するような負傷について、健康保険を使用することはできません。労災保険を使用したことによって種々の不利益を被るのではないかというおそれから、労災保険を使用しないといったケースがあります。指定訪問看護事業者において明らかに業務

災害や通勤災害に該当するような負傷と考えられる場合については、次の理由により、健康保険を使用しないよう指導をお願いします。

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

ア 事業場は、労働安全衛生規則第 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、指定訪問看護事業者にとって煩雑な事務になってしまいます。

(7) 交通事故などの第三者行為災害による保険請求

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

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

しかし、先に自賠責保険（共済）からの保険金支払を受ける場合（これを「自賠先行」と呼んでいます。）には、仮渡金制度や内払金制度を利用することによって損害賠償額の支払が事実上速やかに行われること、自賠責保険（共済）は労災保険の給付より支払いの幅が広く、例えば、労災保険では給付が認められていない慰謝料が支払われること、療養費の対象が労災保険より幅広いこと、さらに休業損害が原則として 100%てん補されること（労災保険では給付基礎日額の 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、訪問看護費用の一定期間分を全額受領済（請求済）の場合は、労災初回レセプトの余白に「〇年〇月〇日までは、自賠責保険より受領済（請求済）」と記載してください。

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

(8) 名称、住所、振込先等の変更手続

「労災保険指定訪問看護事業者療養担当契約事項」の 14 により、下記

に掲げる事項に該当する場合は、「指定・指名機関登録(変更)報告書」(診機様式第 22 号、23 号)(29~30 ページ)及び「労災保険指定訪問看護事業者変更届」(コピーして使用可)(31 ページ)を長崎労働局(労災補償課医療係)へ提出してください。

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

(9) 廃止、休止、再開の手続

「労災保険指定訪問看護事業者療養担当契約事項」の 15 により、廃止、休止した場合には、「労災保険指定訪問看護事業者廃止・休止届」(32 ページ)(コピーして使用可)を、事業を再開しようとするときは、「労災保険指定訪問看護事業者再開届」(33 ページ)(コピーして使用可)を長崎労働局(労災補償課医療係)へ提出してください。

なお、廃止した場合には、「指定・指名機関登録(変更)報告書」(診機様式第 22 号、23 号)(29~30 ページ)もあわせて提出してください。

2 レセプトの作成・提出

(1) 請求書の分類

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

ア 初回請求分

「初回請求分」となるレセプトは次のとおりです。

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

【添付書類】

主治医から交付された訪問看護指示書の写し

○業務災害・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 他の指定訪問看護事業者から変更してきた場合のレセプト
- ③ 傷病(補償)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】

主治医から交付された訪問看護指示書の写し

②と③の初回のレセプトには、下記の「指定病院等(変更)届」が必要です。

- 業務災害、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)

(2) 請求書の作成単位

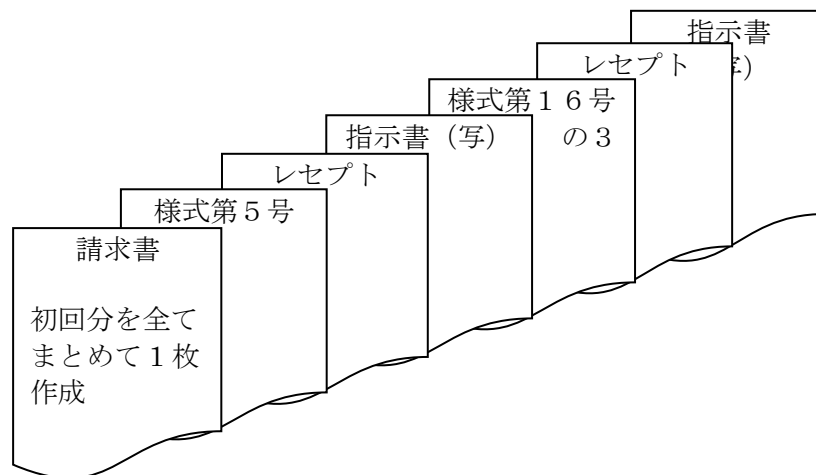
初回請求分については、被災労働者の所属事業場を管轄する労働基準監督署を問わず、その**全てを一つにとりまとめて**ください。

2回目以降請求分についても、その**全てを一つにとりまとめて**ください。

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

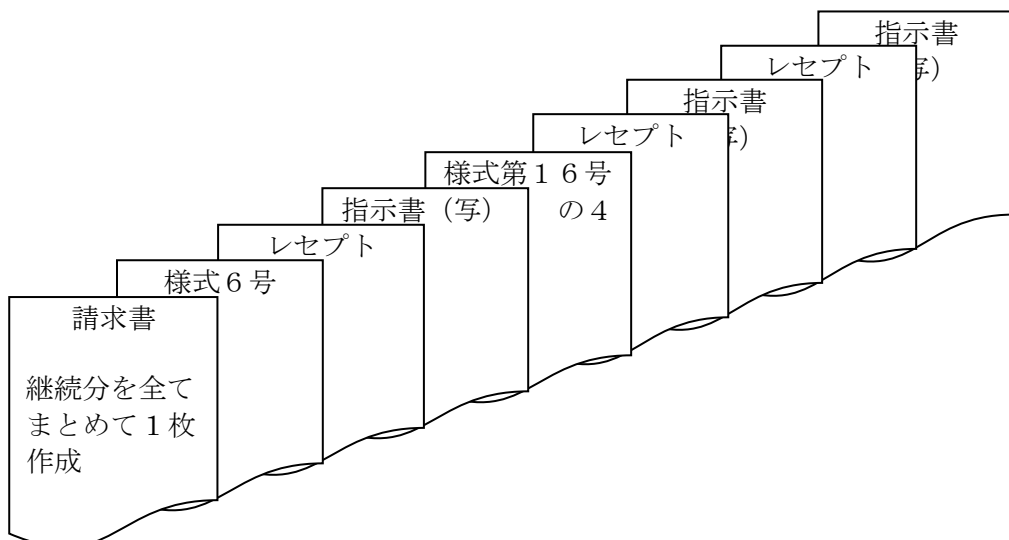
◎ 初回請求分(例)

(所轄監督署、県内・県外を問わず、1枚の請求書にまとめます。)



◎ 継続請求分(例)

(所轄監督署、県内・県外を問わず、1枚の請求書にまとめます。)



イ 留意点

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

(3) 請求書の提出先・提出期限

ア 提出先

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

長崎労働局 労働基準部 労災補償課

〒850-0033

長崎市万才町7-1 TBM長崎ビル6階

☎095-801-0034 (労災補償課)

イ 提出期限

毎月分を翌月10日必着(休日・祝日にあたる場合は翌開庁日)

なお、11日以降に提出されたものは、翌月受付分と合わせて処理されます。

(4) 請求書、レセプト用紙の入手方法

労災保険訪問看護費用請求書及びレセプトは、厚生労働省のホームページからダウンロードすることができます(※5ページを参照してください)。

(5) レセプト等の記入時の留意点 (共通事項)

ア レセプト枠内の数字、円マークは下記の字体を使用してください。

¥0123456789

※「¥」は、横線が一本ですのでご注意ください。

<訂正例>

一字の場合 ³ 複数の場合 ^{3 4 5 6}

※ 訂正印は必要ありません。

イ 訪問看護費用については、「労働保険番号・生年月日・傷病年月日」又は「年金証書番号」で機械上の管理を行っていますので、以前請求したレセプトと相違のないよう療養(補償)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 指定訪問看護事業者において、プリンタを使用して印字する際は、枠

から印字がずれないようにしてください。

訪問看護費用請求書

■ 訪券式第8号	労災保険訪問看護費用請求書	標準 字体	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	■																										
帳票種別 3 4 7 3 2	修正項 目番号 ※ <input type="text"/>	修正欄 ※ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	② 受付年月日 ※ 令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 <small>1-9月は左→ 1-9月は右→ 1-9月は右→</small>	※印の欄は記入しないでください。																										
① 訪問看護ステーションの番号 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"> ③ 請求金額 </td> <td style="width: 50%; text-align: center;"> ④ 内訳書添付枚数 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; font-size: x-small;">千</td><td style="text-align: center; font-size: x-small;">百</td><td style="text-align: center; font-size: x-small;">十</td><td style="text-align: center; font-size: x-small;">千</td><td style="text-align: center; font-size: x-small;">百</td><td style="text-align: center; font-size: x-small;">十</td><td style="text-align: center; font-size: x-small;">百</td><td style="text-align: center; font-size: x-small;">千</td><td style="text-align: center; font-size: x-small;">百</td><td style="text-align: center; font-size: x-small;">十</td><td style="text-align: center; font-size: x-small;">百</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> </tr> </table> 金額の頭に¥マークを付けてください。 </td> <td style="text-align: center;"> 枚 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </td> </tr> </table>					③ 請求金額	④ 内訳書添付枚数	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; font-size: x-small;">千</td><td style="text-align: center; font-size: x-small;">百</td><td style="text-align: center; font-size: x-small;">十</td><td style="text-align: center; font-size: x-small;">千</td><td style="text-align: center; font-size: x-small;">百</td><td style="text-align: center; font-size: x-small;">十</td><td style="text-align: center; font-size: x-small;">百</td><td style="text-align: center; font-size: x-small;">千</td><td style="text-align: center; font-size: x-small;">百</td><td style="text-align: center; font-size: x-small;">十</td><td style="text-align: center; font-size: x-small;">百</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> </tr> </table> 金額の頭に¥マークを付けてください。	千	百	十	千	百	十	百	千	百	十	百	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	枚 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
③ 請求金額	④ 内訳書添付枚数																													
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; font-size: x-small;">千</td><td style="text-align: center; font-size: x-small;">百</td><td style="text-align: center; font-size: x-small;">十</td><td style="text-align: center; font-size: x-small;">千</td><td style="text-align: center; font-size: x-small;">百</td><td style="text-align: center; font-size: x-small;">十</td><td style="text-align: center; font-size: x-small;">百</td><td style="text-align: center; font-size: x-small;">千</td><td style="text-align: center; font-size: x-small;">百</td><td style="text-align: center; font-size: x-small;">十</td><td style="text-align: center; font-size: x-small;">百</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> </tr> </table> 金額の頭に¥マークを付けてください。	千	百	十	千	百	十	百	千	百	十	百	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	枚 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>							
千	百	十	千	百	十	百	千	百	十	百																				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																				
⑤ 請求年 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月分 <small>ただし、7平成知 1-9月は左→ 1-9月は左→</small>																														
⑥ 請求月 <input type="text"/> <input type="text"/> 月分 <small>1-9月は左→</small>																														
<p>_____ ほか _____ 名に対する訪問看護費用の内訳は、別紙内訳書のとおり 上記の金額を請求します。</p> <p style="text-align: center;">_____ 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">郵便番号 _____</p> <p style="text-align: center;">住 所 (所在地) _____</p> <p>請求人の 名 称 (訪問看護事業者) _____</p> <p style="text-align: center;">代表者氏名 _____</p> <p style="text-align: center;">労働局長殿 電話番号 — —</p> <div style="border: 1px dashed black; height: 100px; width: 200px; margin-top: 20px;"> 受付印 </div>																														

※コピーして使用することはできません。

労災保険訪問看護費用請求書（診機様式第8号）帳票種別34732

【記載要領】

「① 訪問看護ステーションの番号」

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

「② ※受付年月日」

訪問看護ステーションでは記入しないでください。

「③ 請求金額」

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

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

「④ 内訳書添付枚数」

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

「⑤ 請求年」・「⑥ 請求月」

添付したレセプトのうち、最新の訪問看護を実施した年月を記入してください。

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

「請求人の代表者氏名」欄について、押印は不要です。

労災保険訪問看護費用請求内訳書（訪様式第9号）帳票種別34733

【記載要領】

「① 労働保険番号」

府県、所掌、管轄、基幹番号、枝番号ごとに、右詰めで記入してください。

「② 生年月日」「③ 傷病年月日」

療養（補償）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。

「④ 訪問開始年月日及び訪問終了年月日時刻」

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

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

【記入例】

ア 実際に訪問看護を開始した月の場合（実際の開始日を記入）

9 0 6 0 9 1 1 - 9 0 6 0 9 3 0

イ 訪問看護を継続中の場合

9 0 6 1 0 0 1 - 9 0 6 1 0 3 1

ウ 実際に訪問看護を終了した月の場合（実際の終了日を記入）

9 0 6 1 1 0 1 - 9 0 6 1 1 1 5 ^{午前}9時10分
午後

「⑤ 実日数」

右詰めで記入してください。

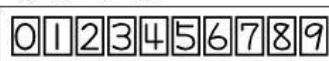
「⑥ 合計額」

右詰めで記入してください。金額の頭には¥マークを記入しないでください。

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

訪問看護費用請求内訳書（傷病（補償）等年金用）（裏面）

標準字体



心身の状態	GAP（コード： 判定した年月日： 年 月 日）		訪問終了の状況		1 軽快 2 施設 3 医療機関 4 死亡 5 その他（ ）						訪問日								
	死亡の状況	時刻	場所	1 自宅 2 施設（ ） 3 病院 4 診療所 5 その他（ ）	年	月	日	午前・午後	時	分	○	△	▽	□	同一建物	同一緊急			
																	死亡の状況	時刻	場所
基本療養費Ⅰ 基本療養費Ⅱ	①看護師等 3日まで 4日以降	円× 日	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円		
	②准看護師 3日まで 4日以降	円× 日	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円		
	③専門の研修を受けた看護師 ④理学療法士等 3日まで 4日以降	円× 日	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	
	⑤看護師等 2人 3人以上	円× 日	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	
	⑥准看護師 2人 3人以上	円× 日	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	
	⑦専門の研修を受けた看護師 ⑧理学療法士等 2人 3人以上	円× 日	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円
	⑨看護師等 2人 3人以上	円× 日	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	
	⑩准看護師 2人 3人以上	円× 日	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	
	⑪専門の研修を受けた看護師 ⑫理学療法士等 2人 3人以上	円× 日	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	
	⑬看護師等 2人 3人以上	円× 日	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	
基本療養費Ⅰ及びⅡの加算																			
⑭緊急訪問看護加算	円× 回十	円× 回	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円		
⑮長時間訪問看護加算	円× 回	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円		
⑯乳幼児加算	円× 回十	円× 回	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円		
⑰複数名訪問看護加算																			
看護師等 1人又は2人 3人以上	円× 日	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円		
理学療法士等 1人又は2人 3人以上	円× 日	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円		
准看護師 1人又は2人 3人以上	円× 日	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円		
その他職員（ハ） 1人又は2人 3人以上	円× 日	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円		
その他職員（ニ） 1回 2回 3回以上	円× 日	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円		
⑱夜間・早朝訪問看護加算	円× 日	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円		
⑲深夜訪問看護加算	円× 日	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円		
基本療養費Ⅲ																			
⑳看護師等 理学療法士等	円× 回	円× 回	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円		
㉑管理療養費	円十	円× 日	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円		
㉒24時間対応体制加算																			
㉓特別管理加算																			
㉔退院時共同指導加算	円× 回	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円		
㉕特別管理指導加算	円× 回	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円		
㉖退院支援指導加算	円× 回十	円× 回	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円		
㉗在宅患者連携指導加算	円× 回	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円		
㉘在宅患者緊急時等おたふし加算	円× 回	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円		
㉙精神科重症患者支援管理連携加算																			
㉚看護・介護職員連携強化加算																			
㉛専門管理加算																			
㉜訪問看護 情報提供療養費																			
㉝訪問看護 ターミナルケア療養費	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円		
㉞訪問看護 ホームケア評価料	①(Ⅰ) ②(Ⅱ)	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円		
情報提供 医療機関等	1 市(区)町村等 2 指定特定相談支援事業者等																		
主治医への直近報告年月日	年 月 日																		
提供した情報の概要																			
合計額 ※表裏面に転記してください。																			

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、また他の用紙をのりづけしないでください。
- 小枠内は、黒ボールペンで、枠からはみ出さないように、標準字体にならって、ていねいに記入してください。
- この用紙は、直射日光・湿気をさけて保管してください。

※コピーして使用することはできません。

労災保険訪問看護費用請求内訳書（訪様式第10号）帳票種別34734

【記載要領】

「① 年金証書番号」

管轄局、種別、西暦年、番号ごとに、右詰めで記入してください。

「④ 訪問開始年月日及び訪問終了年月日時刻」

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

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

【記入例】

ア 実際に訪問看護を開始した月の場合（実際の開始日を記入）

9 0 6 0 9 1 1 - 9 0 6 0 9 3 0

イ 訪問看護を継続中の場合

9 0 6 1 0 0 1 - 9 0 6 1 0 3 1

ウ 実際に訪問看護を終了した月の場合（実際の終了日を記入）

9 0 6 1 1 0 1 - 9 0 6 1 1 1 5 ^{午前}時10分
午後

「⑤ 実日数」

右詰めで記入してください。

「⑥ 合計額」

右詰めで記入してください。金額の頭には¥マークを記入しないでください。

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

(6) 審査・支払・保留

提出された訪問看護費用請求書の審査及び支払いまでの流れは、次のとおりです。

ア 審査事務

(ア) 所轄労働基準監督署

療養(補償)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、「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変更前の指定訪問看護事業者から提出されるべき療養(補償)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) 訪問看護費用請求権の時効

指定訪問看護事業者の訪問看護費用請求権の消滅時効は、民法第166条第1項の規定によって**5年**とされていますので、看護日の属する月の翌月の初日から起算して5年を経過した場合には訪問看護費用の請求権を失うこととなります。

(8) 関係連絡先

長崎労働局及び管内の労働基準監督署の連絡先は、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」

第3 資料

1 労災保険指定訪問看護事業者療養担当契約事項

2 届出関係様式

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

3 保険給付請求書様式（主要なもののみ）

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

労災保険指定訪問看護事業者療養担当契約事項

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

※本文中の業務災害に係る様式名等は複数業務要因災害を含む様式名等に読み替えてください。

(療養の給付の内容)

- 1 労災保険指定訪問看護事業者（以下「労災指定訪問看護事業者」という。）は、労働者災害補償保険法施行規則第11条第1項及び第18条の5第1項の規定による療養給付のうち、居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護を行うこと。

(指定要件)

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

(指定の申請)

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

(療養の給付請求書等の処理)

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

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

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

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

(訪問看護の実施要件)

- 5 労災指定訪問看護事業者は、傷病労働者の診療を担当した医師の指示によ

り訪問看護を行うこと。

(所轄監督署長への通知)

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

(訪問看護費用の算定)

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

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

(訪問看護費用の請求)

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

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

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

(指定期間)

- 9 指定期間は、原則として指定の日から3年とすること。

ただし、指定期間満了の日前6カ月より3カ月までの間に、訪問看護事業者の指定を行った所轄労働局長又は労災指定訪問看護事業者から別段の申し出がないときは、その指定はその都度更新されるものとする。

(管理者)

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

なお、管理者は以下に掲げる要件を満たしていなければならない。

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

(秘密保持)

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

(訪問看護計画書の作成等)

- 12 訪問看護計画書の作成等に当たっては、次の事項に留意すること。

- (1) 看護師等（准看護師を除く。）は、被災労働者ごとに訪問看護計画書及び訪問看護報告書を作成しなければならない。

- (2) 事業所の管理者は、訪問看護計画書及び訪問看護報告書に関し、必要な管理をしなければならない。
- (3) 労災指定訪問看護事業者は、主治医に訪問看護計画書及び訪問看護報告書を提出しなければならない。

(指定の取消)

- 13 労災指定訪問看護事業者が次の各号の一に該当する場合には、所轄労働局長はその指定を取り消すことができる。
- (1) 健康保険法に定める指定取消事由の一に該当したとき。
 - (2) 本契約事項に違反したとき。
 - (3) 訪問看護費用の請求について不正行為があったとき。
 - (4) その他労災指定訪問看護事業者として存続させることが不相当と認められる行為のあったとき。

(変更の届出)

- 14 労災指定訪問看護事業者は、次の各号の一に掲げる事由が生じたときは、速やかにその旨及びその年月日を所轄労働局長に届け出ること。
- (1) 訪問看護事業者の名称、住所が変更されたとき。
 - (2) 代表者に異動があったとき。
 - (3) 支払を受ける金融機関又は口座を変更したとき。

(休廃止に伴う届出)

- 15 労災指定訪問看護事業者が事業を廃止、休止、若しくは再開したときは、下記の事項を所轄労働局長に届け出ること。
- (1) 廃止又は休止した理由
 - (2) 廃止又は休止した場合においては、現に指定訪問看護を受けている者に対する措置
 - (3) 休止する場合には休止予定期間

(施行期日)

- 16 本契約事項は、平成6年10月1日から実施する。

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

(標札)

様式
第四号



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

訪様式第5号

労災保険指定訪問看護事業者変更届

訪問看護ステーションの名称	
訪問看護ステーションの所在地	

下記の事項につき変更を生じたので、ご報告いたします。

変更が生じた事項

年 月 日

事業者の名称、住所

代表者の氏名

長崎労働局長 殿

労災保険指定訪問看護事業者廃止・休止届

訪問看護ステーションの名称	
訪問看護ステーションの所在地	

下記の理由により訪問看護事業を廃止・休止致したくご報告いたします。

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

年 月 日

事業者の名称、住所

代表者の氏名

長崎労働局長 殿

訪様式第7号

労災保険指定訪問看護事業者再開届

訪問看護ステーションの名称	
訪問看護ステーションの所在地	

下記のとおり訪問看護事業を再開したくご報告いたします。

再 開 年 月 日	年 月 日
-----------	-------

年 月 日

事業者の名称、住所

代表者の氏名

長崎労働局長 殿

療養補償給付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）

<p>■ 様式第5号(表面) 労働者災害補償保険 業務災害用 複数事業労働者療養給付 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</p>	<p>裏面に記載してある注意 事項をよく読んで、 記入してください。</p>	<p>標準字体</p> <table border="1" style="font-family: monospace; font-size: 10px;"> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>。</td><td>。</td><td>。</td></tr> <tr><td>アイ</td><td>ウ</td><td>エ</td><td>オ</td><td>カ</td><td>キ</td><td>ク</td><td>ケ</td><td>コ</td><td>サ</td><td>シ</td><td>ス</td><td>セ</td></tr> <tr><td>ソ</td><td>タ</td><td>チ</td><td>ツ</td><td>ト</td><td>ナ</td><td>ニ</td><td>ノ</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	。	。	。	アイ	ウ	エ	オ	カ	キ	ク	ケ	コ	サ	シ	ス	セ	ソ	タ	チ	ツ	ト	ナ	ニ	ノ					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	。	。	。																													
アイ	ウ	エ	オ	カ	キ	ク	ケ	コ	サ	シ	ス	セ																													
ソ	タ	チ	ツ	ト	ナ	ニ	ノ																																		
<p>※ 領票種別 ①管轄局署 ②業通別 ③保留 ④処理区分 ④受付年月日</p> <p>34590 1 1 1 ※ 。</p>																																									
<p>標準字体で記入してください。</p>	<p>⑤労働保険番号</p> <p>。</p>																																								
<p>⑥性別 ⑧労働者の生年月日 ⑩負傷又は発病年月日</p> <p>1男 2男 3女 。</p>																																									
<p>⑫労働者 氏名 (歳) フリガナ</p> <p>。</p>																																									
<p>⑬住所</p> <p>。</p>																																									
<p>⑭職種</p> <p>。</p>																																									
<p>⑮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(か)⑩と初診日が異なる場合はその理由を詳細に記入すること</p> <p>。</p>																																									
<p>⑯指定病院等の名称 所在地 電話() -</p> <p>。</p>																																									
<p>⑰傷病の部位及び状態</p> <p>。</p>																																									
<p>⑱の者については、⑩、⑫及び⑬に記載したとおりであることを証明します。</p> <p>年 月 日</p>																																									
<p>事業の名称 電話() -</p> <p>事業場の所在地 〒 -</p> <p>事業主の氏名 (法人その他の団体であるときはその名称及び代表者の氏名)</p> <p>労働者の所属事業場の名称・所在地 電話() -</p> <p>(注意) 1 労働者の所属事業場の名称・所在地については、労働者が直接所属する事業場が一括適用の取扱いを受けている場合に、労働者が直接所属する支店、工事現場等を記載してください。 2 派遣労働者について、療養補償給付又は複数事業労働者療養給付のみの請求がなされる場合にあっては、派遣先事業主は、派遣元事業主が証明する事項の記載内容が事実と相違ない旨裏面に記載してください。</p>																																									
<p>上記により療養補償給付又は複数事業労働者療養給付たる療養の給付を請求します。</p> <p>年 月 日</p>																																									
<p>労働基準監督署長 殿</p> <p>病 院 所 経 由 請求人の 住 所 (方)</p> <p>診 療 業 局 氏 名</p> <p>訪問看護事業者</p>																																									
<p>支不支給決定決議書</p> <table border="1" style="width:100%; text-align: center;"> <tr> <td>署 長</td> <td>副 署 長</td> <td>課 長</td> <td>係 長</td> <td>係</td> <td>決定年月日</td> <td>。</td> </tr> <tr> <td>。</td> <td>。</td> <td>。</td> <td>。</td> <td>。</td> <td>。</td> <td>。</td> </tr> <tr> <td>調査年月日</td> <td>。</td> <td>。</td> <td>。</td> <td>。</td> <td>不支給の理由</td> <td>。</td> </tr> <tr> <td>復命書番号</td> <td>第 号</td> <td>第 号</td> <td>第 号</td> <td>第 号</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>(この欄は記入しないでください)</p>		署 長	副 署 長	課 長	係 長	係	決定年月日	。	。	。	。	。	。	。	。	調査年月日	。	。	。	。	不支給の理由	。	復命書番号	第 号	第 号	第 号	第 号														
署 長	副 署 長	課 長	係 長	係	決定年月日	。																																			
。	。	。	。	。	。	。																																			
調査年月日	。	。	。	。	不支給の理由	。																																			
復命書番号	第 号	第 号	第 号	第 号																																					

※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)

		㉔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 ㉔「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。

派遣元事業主 証明欄	派遣元事業主が証明する事項(表面の⑩、⑬及び⑭)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 業 局 訪問看護事業者 経 由	〒 _____ 電話() _____
住 所 _____	
届出人の _____ 方	
氏 名 _____	

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

① 労働保険番号					③ 氏名 (男・女)	④ 負傷又は発病年月日
府県	所掌	管轄	基幹番号	枝番号		
						年 月 日
② 年金証書の番号					労働者の住所	午 前後 時 分 頃
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。						
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)						
⑥ 指定病院等の変更	変更前の名称					〔労災指定医番号〕 〒 _____
	変更前の所在地					
	変更後の名称					〒 _____
変更後の所在地						
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（訪問看護）（表面）

様式第7号(5)(表面) 労働者災害補償保険		標準字体													
業務災害用 複数事業労働者療養給付		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11													
第 回		アイウエオカキクケコサシスセソタチツテトナニノ													
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(同一傷病分)		ネノハヒフヘホマミムメモヤユヨラリルレロワ													
※ 帳票種別		①管轄用番		②業通別		③受付年月日		④三者コード		⑤委任先支給		⑥特別加入者		⑦審査コード	
34265		□□□□		1		□□□□□□□□		□□□□□□□□		□□□□□□□□		□□□□□□□□		□□□□□□□□	
③労働保険		府 県		所 属		管 轄		基 準		許 番 号		控 番 号		④金 庫 号	
□□□□□□□□		□□		□□		□□		□□		□□□□□□□□		□□□□□□□□		□□□□□□□□	
⑤労働者の性別		⑥労働者の生年月日		⑦負傷又は発病年月日		⑧金融機関		⑨店舗		⑩労働者コード		⑪労働者種別		⑫西暦年	
□□		□□□□□□□□		□□□□□□□□		□□□□□□□□		□□□□□□□□		□□□□□□□□		□□□□□□□□		□□□□□□□□	
シメイ(カタカナ) : 姓と名の間に1文字あけて記入してください。漢字・半角英字は文字として記入してください。		⑬労働者の氏名		⑭職 種		⑮労働者の住所		⑯労働者の電話番号		⑰新規・変更		⑱預金の種別		⑲口座番号(法別、ゆうちょ銀行の場合は、記号(5桁)は法別、番別法別で記入し、空欄は「0」を記入)	
□□□□□□□□		□□□□□□□□		□□□□□□□□		□□□□□□□□		□□□□□□□□		□□□□□□□□		□□□□□□□□		□□□□□□□□	
⑳の者については、㉑並びに裏面(ホ)及び(ト)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)	
□□□□□□□□		□□□□□□□□		□□□□□□□□		□□□□□□□□		□□□□□□□□		□□□□□□□□		□□□□□□□□		□□□□□□□□	
⑳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。		⑳の者については、(ロ)及び㉒に記載したとおりであること及び(ロ)に記載した事項は		医師の指示に基づくものであることを証明します。		所在地		〒 -		年月日		訪問看護事業者の名称		電話() -	
□□□□□□□□		□□□□□□□□		□□□□□□□□		□□□□□□□□		□□□□□□□□		□□□□□□□□		□□□□□□□□		□□□□□□□□	
⑳の者については、(ロ)期間		年月日から		年月日まで		日間		訪問看護の日数		日		⑳療養に要した費用の額		(ハ)療養の給付を受けなかった理由	
□□□□□□□□		□□□□□□□□		□□□□□□□□		□□□□□□□□		□□□□□□□□		□□□□□□□□		□□□□□□□□		□□□□□□□□	
㉑訪問開始年月日		㉒訪問終了年月日		㉓実日数		※		□□□□□□□□		□□□□□□□□		□□□□□□□□		□□□□□□□□	
□□□□□□□□		□□□□□□□□		□□□□□□□□		□□□□□□□□		□□□□□□□□		□□□□□□□□		□□□□□□□□		□□□□□□□□	
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		〒 -		電話() -		請求人の住所		() ㉔		請求人の氏名		□□□□□□□□	
□□□□□□□□		□□□□□□□□		□□□□□□□□		□□□□□□□□		□□□□□□□□		□□□□□□□□		□□□□□□□□		□□□□□□□□	

訪問

※印の欄は記入しないでください。(職員が記入します。)
④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(㉔)の所を谷に折りさらに2つ折りにしてください。

(注意) 一、□□□□で表示された枠(白)に記入する文字は、光澤式全角数字(○C区)で直接読みを行うので、汚したり、穴をあけたり、必要以上に強く折り曲げたり、のりつけたりしないでください。
二、□□□□で表示された枠(白)に記入する文字は、光澤式全角数字(○C区)で直接読みを行うので、汚したり、穴をあけたり、必要以上に強く折り曲げたり、のりつけたりしないでください。
三、記録の部分は、必ず黒のボールペンを使用し、様式中に記載された「標準字体」にならなくて、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。
四、記載すべき事項のない欄又は記入枠は、空欄のままとし、事項を記載する場合は、事項を記載する欄は、光澤式全角数字(○C区)で直接読みを行うので、汚したり、穴をあけたり、必要以上に強く折り曲げたり、のりつけたりしないでください。

※コピーして使用することはできません。

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

療養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（訪問看護）
（裏面）

様式第7号(5)(裏面)

(二) 労働者の所属事業場の名称・所在地	(ホ) 負傷又は発病の時刻 午前 午後 時 分 頃	(ヘ) 職名 災害発生の事実を確認した者の氏名
(ト) 災害の原因及び発生状況 (あ) どのような場所で(い) どのような作業をしているときに(う) どのような物又は環境に(え) どのような不安全な又は有害な状態があつて(お) どのような災害が発生したか(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

傷病の経過		GAF(コード: 判定した年月日: 年 月 日)	
基本療養費	1 看護師等 円× 日 円 2 准看護師 円× 日 円 3 専門の研修を受けた看護師 円× 日 円 4 理学療法士等 円× 日 円 加算 円 加算 円 加算 円 加算 円	指示期間(特別指示期間) 年月日～年月日/年月日～年月日 年月日～年月日/年月日～年月日	訪問日 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
精神科基本療養費	1 看護師等 円× 日 円 2 作業療法士 円× 日 円 3 准看護師 円× 日 円 加算 円 加算 円 加算 円 加算 円	主治医への直近報告年月日 年 月 日	提供した情報の概要
管理療養費	初 日 円 2 日目以降 日 円 加算 円 加算 円 加算 円 加算 円	情報提供先の名称	緊急訪問看護の理由
情報提供療養費	円	基本療養費	1 緩和ケア 2 褥瘡ケア 3 人工肛門・人工膀胱ケア
ターミナルケア療養費	ターミナルケア療養費 円 加算 円 死亡年月日 年 月 日	専門の研修	1 緩和ケア 2 褥瘡ケア 3 人工肛門・人工膀胱ケア 4 特定行為()
訪問看護ベースアップ評価料	(I) 円 (II) 円	手順書交付年月日	年 月 日
合計	円	直近見直し年月日	年 月 日

(注意)

- 共通の注意事項
 - この請求書は、訪問看護事業者から訪問看護を受けた場合に提出すること。
 - (二)は、労働者が直接所属する事業場が一括適用の取扱いを受けている場合に、労働者が直接所属する支店、工事現場等を記載すること。
- 傷病補償年金又は複数事業労働者傷病年金の受給権者が当該傷病に係る療養の費用を請求する場合以外の場合の注意事項
 - ④は、記載する必要がないこと。
 - (ヘ)は、災害発生の事実を確認した者(確認した者が多数あるときは最初に発見した者)を記載すること。
 - (ハ)及び(ト)は、第2回以後の請求の場合には記載する必要がないこと。
 - 第2回以後の請求が離職後である場合には事業主の証明は受ける必要がないこと。
- 傷病補償年金又は複数事業労働者傷病年金の受給権者が当該傷病に係る療養の費用を請求する場合の注意事項
 - ③、⑤、⑦及び(ホ)から(ト)までは記載する必要がないこと。
 - 事業主の証明は受ける必要がないこと。
- 「療養の内訳及び金額」の各欄に書き切れない場合は、余白に記載するか、別紙を添付すること。
- 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。
- ⑧「その他就業先の有無」欄の記載がない場合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。
- 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。

派遣先事業主証明欄	派遣元事業主が証明する事項(表面の⑦並びに(ホ)及び(ト))の記載内容について事実と相違ないことを証明します。
	事業の名称 _____ 電話() _____ 年月日 _____ 事業場の所在地 _____ 〒 _____ 事業主の氏名 _____ (法人その他の団体であるときはその名称及び代表者の氏名) 社会保険労働士記載欄 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。
●労災保険指定訪問看護事業者以外の事業者から訪問看護を受けた場合に使用します。

療養給付たる療養の給付請求書（表面）

様式第16号の3(表面) 労働者災害補償保険 裏面に記載してある注意 標準字体 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

通勤災害用 事項をよく読んで、記入してください。

療養給付たる療養の給付請求書

※ 標準字体で記入してください。

① 労働保険番号 ② 性別 ③ 労働者の生年月日 ④ 傷病又は発病年月日 ⑤ 氏名 ⑥ 住所 ⑦ 職種

⑧ 通勤災害に関する事項 ⑨ 指定病院等の名称 ⑩ 傷病の部位及び状態 ⑪ 傷病の発症年月日 ⑫ 事業主の氏名 ⑬ 事業場の所在地 ⑭ 事業主の氏名 ⑮ 労働者の所属事業場の名称・所在地 ⑯ 上記により療養給付たる療養の給付を請求します。

⑰ 第三者行為災害 該当する・該当しない

⑱ 受付年月日 ⑲ 支給・不支給決定年月日 ⑳ 再発年月日 ㉑ 第三者 ㉒ 特別加入者

⑳ 通勤災害に関する事項 裏面のとおり

㉑ 指定病院等の名称 所在地 電話() -

㉒ 傷病の部位及び状態

㉓ 傷病の発症年月日 年 月 日

㉔ 事業主の氏名 電話() -

㉕ 事業場の所在地 〒 -

㉖ 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)

㉗ 労働者の所属事業場の名称・所在地 電話() -

㉘ 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 経 由 請 求 人 の 住 所 (方)

支 不 支 給 給 決 定 決 議 書

署 長	副 署 長	課 長	係 長	係	決定年月日	・	・
					不支給の理由		
調査年月日	・	・	・	・			
復命書番号	第 号	第 号	第 号	第 号			

※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。

※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 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、ハ又はホ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
(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) どのような物や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) 以上の各節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 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		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 (リ)は、通常の通勤の経路を図示し、災害発生の日に住居又は就業の場所から災害発生の日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 キヨ → 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、4 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(表面の欄並びに(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。		
	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	理由
	診	療	
	療	所	
	業	局	
			訪問看護事業者

〒 -

電話 () -

住所
届出人の _____ 方

氏名 _____

下記により療養給付たる療養の給付を受ける指定病院等を（変更するので）届けます。

① 労働保険番号					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			年	月	日
					労働者住所の	生年月日 年 月 日 (歳)			
② 年金証書の番号						住 所			
管轄局	種別	西暦年	番号		職 種			午 前 時 分 頃	
⑤ 災害の原因及び発生状況					<small>(あ)どのような場所を(い)どのような方法で移動している際に(ろ)どのような物で又はどのような状態において(ハ)どのようにして災害が発生したかを簡明に記載すること</small>				
③の者については、④に記載したとおりであることを証明します。									
年 月 日					事業の名称 _____				
					〒 - 電話 () -				
					事業場の所在地 _____				
					事業主の氏名 _____				
					(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		所在地		[労災指定医番号] 〒 -				
	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		〒 -				
	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)	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（訪問看護用）（表面）

<p>様式第16号の5(5)(表面) 労働者災害補償保険 通勤災害用 第 回 療養給付たる療養の費用請求書 (同一傷病分)</p>	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td>標準</td><td>字</td><td>体</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>〃</td><td>。</td><td>—</td> </tr> <tr> <td>アイ</td><td>ウ</td><td>エ</td><td>オ</td><td>カ</td><td>キ</td><td>ク</td><td>ケ</td><td>コ</td><td>サ</td><td>シ</td><td>ス</td><td>セ</td><td>ソ</td><td>タ</td><td>チ</td><td>ツ</td><td>テ</td><td>ト</td><td>ナ</td><td>ニ</td><td>ス</td> </tr> <tr> <td>ネ</td><td>ノ</td><td>ハ</td><td>ヒ</td><td>フ</td><td>ヘ</td><td>ホ</td><td>マ</td><td>ミ</td><td>ム</td><td>メ</td><td>モ</td><td>ヤ</td><td>ユ</td><td>ヨ</td><td>ラ</td><td>リ</td><td>ル</td><td>レ</td><td>ロ</td><td>ワ</td><td>ン</td> </tr> </table>	標準	字	体	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	〃	。	—	アイ	ウ	エ	オ	カ	キ	ク	ケ	コ	サ	シ	ス	セ	ソ	タ	チ	ツ	テ	ト	ナ	ニ	ス	ネ	ノ	ハ	ヒ	フ	ヘ	ホ	マ	ミ	ム	メ	モ	ヤ	ユ	ヨ	ラ	リ	ル	レ	ロ	ワ	ン
標準	字	体	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	〃	。	—																																														
アイ	ウ	エ	オ	カ	キ	ク	ケ	コ	サ	シ	ス	セ	ソ	タ	チ	ツ	テ	ト	ナ	ニ	ス																																								
ネ	ノ	ハ	ヒ	フ	ヘ	ホ	マ	ミ	ム	メ	モ	ヤ	ユ	ヨ	ラ	リ	ル	レ	ロ	ワ	ン																																								
<p>※ 振 票 種 別 ① 労務局番 ② 業通別 ③ 受付年月日 ④ 三者コード ⑤ 委任木支給 ⑥ 特別加入者 ⑦ 審査コード</p> <p>3 4 2 6 5 3 </p>																																																													
<p>(注意) ニ 記入枠の部分は、必ず無のボールペンを使用し、機式右上に記載された「標準字体」にならべて、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確に記載してください。</p> <p>一、□□□で表示された枠(以下、記入枠という。)に記入する文字は、光字式文字取置機(OCR)で直接読み取りを行うので、汚し、穴をあけたり、必要以上に強く折り曲げたり、のりづけたりしないでください。</p>																																																													
<p>③ 労働保険番号 ④ 労働者の性別 ⑤ 労働者の生年月日 ⑥ 負傷又は発病年月日 ⑦ 金融機関 ⑧ 店舗</p> <p>⑨ シメイ(カタカナ)：姓と名の間は1字あけて記入してください。漢点・半漢点は1文字として記入してください。</p> <p>⑩ 労働者の氏名 (職 種)</p> <p>⑪ 住所 ⑫ 郵便番号</p>																																																													
<p>⑬ 新規・変更 ⑭ 預金の種類 ⑮ 口座番号(左詰め、ゆうちょう銀行の場合は、記号(5桁)は左詰め、番号は右詰めを記入し、空欄は「0」を記入)</p> <p>⑯ (つづき) メイギン(カタカナ)</p> <p>⑰ ⑱</p>																																																													
<p>⑲ の者については、⑳ 並びに裏面の㉑(通常の通勤の経路及び方法に限る。)、(リ)、(ヌ)、(ル)、(ヲ)、(カ)、(ヨ)及び(ロ)に記載したとおりであることを証明します。</p> <p>事業の名称 電話() -</p> <p>年月日 事業場の所在地 〒 -</p> <p>事業主の氏名</p> <p>(法人その他の団体であるときはその名称及び代表者の氏名)</p> <p>(注意) 1 事業主は、裏面の(リ)、(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、療養給付のみの請求がなされる場合にあつては、派遣先事業主は、派遣元事業主が証明する事項の記載内容が事実と相違ない旨裏面に記載してください。</p>																																																													
<p>⑳ (イ) 傷病名</p> <p>㉑ 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。</p> <p>年月日 病院又は診療所の名称 所在地 〒 -</p> <p>診療担当者氏名 電話() -</p>																																																													
<p>㉒ の者については、(ロ)及び㉓に記載したとおりであること及び(ロ)に記載した事項は、医師の指示に基づくものであることを証明します。</p> <p>年月日 訪問看護事業者の名称 所在地 〒 -</p> <p>訪問看護担当者 電話() -</p>																																																													
<p>療養の内容 (ロ)期間 年月日から 年月日まで 日間 訪問看護の日数 日</p> <p>㉔ 療養に要した費用の額 (内訳裏面のとおり) ㉕ 療養の給付を受けなかった理由</p> <p>① 訪問開始年月日 ② 訪問終了年月日 ③ 実日数</p> <p>※ から まで 日</p> <p>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。</p> <p>年月日 〒 - 電話() -</p> <p>請求人の住所 (カ)</p> <p>氏名</p> <p>労働基準監督署長 殿</p>																																																													

※印の欄は記入しない。(職員が記入します。)

③裏面の注意事項を読んだから記入してください。

折り曲げる場合には(㉒)の所を谷に折りさらに2つ折りにしてください。

※コピーして使用することはできません。

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

療養給付たる療養の費用請求書（訪問看護用）（裏面）

様式第16号の5(5) (裏面)

(一) 災害時の通勤の種別 (該当する記号を記入)	イ、住所から就業の場所への移動 ロ、就業の場所から住所への移動 ハ、就業の場所から他の就業の場所への移動 ニ、イに先行する仕居間の移動 ホ、ロに後続する仕居間の移動
(四) 労働者の 所属事業場の 名称・所在地	(ハ) 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間に (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) ③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) 負傷又は発症の年月日及び時刻	年 月 日 午 前 後 時 分 秒
(ウ) 災害発生時の場所	(イ) 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、時間その他の状況
(A) 就業の場所 (災害時の通勤の種別がイに該当する場合は移動の経路を記載すること)	
(ア) 就業開始の予定年月日及び時刻	年 月 日 午 前 後 時 分 秒
(イ) 住居を離れた年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別がイ、ハ又はホに該当する場合は記載すること)	年 月 日 午 前 後 時 分 秒
(カ) 就業終了の年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別がイ、ハ又はホに該当する場合は記載すること)	年 月 日 午 前 後 時 分 秒
(ク) 就業の場所を離れた年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別がイ又はハに該当する場合は記載すること)	年 月 日 午 前 後 時 分 秒
(ク) 第三者行為災害	該当する・該当しない
(ケ) 健康保険日額特別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)
(コ) 転任の事実の有無(災害時の通勤の種別が二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		GAP(コード): 判定した年月日: 年 月 日	
基本療養費	1 看護師等 円× 日 円 2 准看護師 円× 日 円 3 専門の研修を受けた准看護師 円× 日 円 4 理学療法士等 円× 日 円 加算 円 加算 円 加算 円	指示期間 (特別指示期間)	年 月 日 ~ 年 月 日 / 年 月 日 ~ 年 月 日
精神科基本療養費	1 看護師等 円× 日 円 2 作業療法士 円× 日 円 3 准看護師 円× 日 円 加算 円 加算 円 加算 円	訪問日	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
管理療養費	初 日 円 2 日 以降 円 日 加算 円 加算 円	主治医への直近報告年月日	年 月 日
情報提供療養費	円	提供した情報の概要	
ターミナルケア療養費	ターミナルケア療養費 円 加算 円 死亡年月日 年 月 日	緊急訪問看護の理由	
訪問看護ベースアップ評価料	(Ⅰ) 円 (Ⅱ) 円	基本療養費 専門の研修 手続書交付年月日	1 緩和ケア 2 褥瘡ケア 3 人工肛門・人工膀胱ケア 1 緩和ケア 2 褥瘡ケア 3 人工肛門・人工膀胱ケア 4 特定行為 () 年 月 日 直近見直し年月日 年 月 日
合計	円		

(注意)

- 共通の注意事項
 - この請求書は、訪問看護事業者から訪問看護を受けた場合に提出すること。
 - (中)は、労働者の直接所属する事業場が一括適用の取扱いを受けている場合に、労働者が直接所属する支店、工事現場等を記載すること。
 - (イ)は、請求人が健康保険の日額特別被保険者でない場合には、記載する必要がないこと。
- 傷病年金の受給権者が当該傷病に係る療養の費用を請求する場合以外の場合の注意事項
 - ④は、記載する必要がないこと。
 - 第2回以後の請求の場合には、(ハ)から(ヨ)まで、(ソ)及び(ツ)については記載する必要がなく、また事業主の証明は受ける必要がないこと。
- 傷病年金の受給権者が当該傷病に係る療養の費用を請求する場合の注意事項
 - ③、⑤、⑦並びに(ハ)から(タ)まで、(ソ)及び(ツ)は記載する必要がないこと。
 - 事業主の証明は受ける必要がないこと。
- 「療養の内訳及び金額」の各欄に書き切れない場合は、余白に記載するか、別紙を添付すること。

その他の就業先の有無	
有	有の場合のその数 (ただし表面の事業場を含まない)
無	社
有の場合でいずれかの事業場で特別加入している場合の特別加入状況 (ただし表面の事業場を含まない)	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)	

派遣元事業主が証明する事項(表面の⑧並びに(チ)(通常の通勤の経路及び方法に限る。)、(リ)、(ヌ)、(ル)、(ワ)、(カ)、(ヨ)及び(ツ))の記載内容について事実と相違ないことを証明します。	事業の名称 電話() — 事業場の所在地 〒 — 事業主の氏名 (法人その他の団体であるときはその名称及び代表者の氏名)
---	--

社会保険 労働者 記載欄	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。

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