

＜労災保険＞障害（補償）給付の請求手続きについて

＊障害（補償）給付は、療養していた傷病が「治ゆ（症状固定）」した時、身体に一定の障害が残った場合に請求いただける給付です。

：「治ゆ（症状固定）」とは、傷病の状態が安定し一般的な医療効果が期待できなくなった状態をいいます。必ずしも元の身体状態に回復した場合だけをいうものではありません。

＊障害（補償）給付の請求をされる場合は、まず下記書類1を労働基準監督署あて郵送等により提出してください。

請求書受理後、当署より認定（面談）実施日時等をご連絡させていただきますので、認定当日に下記書類2を持参して下さい。

1 提出書類 ——まず郵送等で提出してください。——

(1) 障害（補償）給付請求書（業務災害用 様式第10号・通勤災害用 様式第16号の7）

請求書表面下段の「個人番号」欄にはマイナンバー（12桁）を記入してください。

別紙が診断書になっていますので、主治医へ診断書の作成を依頼してください。

(2) 療養（補償）給付たる療養の費用請求書（業務災害用 様式第7号（1）・通勤災害用 様式第16号の5（1））及び医療機関発行の領収書

障害請求書別紙診断書の作成にかかる費用の請求書です。医療機関窓口で診断書作成費用を支払った場合、その領収書を添付して請求してください。（請求書にも医療機関の証明が必要です。）

(3) 自己申立書

身体障害の状況について、記載してください。

(4) 既存障害についての証明書（医師の証明は必要ありません。）

今回の負傷部位に以前から障害があったかどうかの証明です。

(5) 同意書

監督署から医療機関等に対してレントゲン等の提供を依頼する際に、必要となります。

2 認定当日の持参書類——日程等について連絡します。——

(1) 傷病発生以前3ヶ月分の給与台帳等（休業（補償）給付を受給していない場合のみ）

(2) 特別給与（ボーナス等）の証明書（休業（補償）給付請求書に記載していない場合）

傷病発生以前1年間に特別給与等の支給があれば、その額を証明出来る賃金台帳等。

(3) 傷病別の資料（具体的には面談調査依頼時にお願いします。）

醜状障害の場合は、傷病部位のカラー写真

視力障害の場合は、傷病発生直前の健康診断書又は自動車運転免許証等

(4) 交通事故災害の場合 自動車損害賠償責任保険等からの後遺障害にかかる保険金の支給額を確認できる支払通知書等。

＊問合せ・提出先 桜井労働基準監督署労災課

桜井市栗殿 1012 Tel 0744-42-6901

自己申立書

| 氏 名 | 生 年 月 日 |
|---|-------------|
| | T・S・H 年 月 日 |
| <p>年 月 日の業務（通勤）災害による障害（補償）給付の請求を行いました、現在の私の身体障害等の状況は下記のとおりです。</p> <p style="text-align: center;">記</p> <p>1．仕事上や日常生活上で不自由なこと</p> <p>2．痛みや運動制限など現在残っている症状</p> <p>3．その他</p> | |

上記のとおり申し立てます。

令和 年 月 日

桜井労働基準監督署長 殿

住 所 _____

氏 名 _____

既存障害についての証明書

労働者氏名 _____ 職 種 _____

生 年 月 日 (T・S・H _____ 年 _____ 月 _____ 日生)

上記の者について、令和 年 月 日の業務(通勤)災害による障害(補償)給付の請求を行いました。今回の災害発生前の身体障害の状態は下記のとおりです。

記

1. 同一部位の既存障害の有無

有 ・ 無 該当する方に をつけてください。

有の場合、その状態

[_____]

2. 他の部位の既存障害の有無

有 ・ 無 該当する方に をつけてください。

有の場合、その状態

[_____]

3. 今回以前の障害(補償)給付受給の有無

有 ・ 無 該当する方に をつけてください。

有の場合、 _____ 年頃、 _____ 労働基準監督署で受給

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

事業の名称

事業場の所在地

事業主氏名 _____

上記のとおり相違ありません。

令和 年 月 日

労働者(請求人)氏名 _____

桜井労働基準監督署長 殿

(注) 1.本証明書は、障害(補償)給付請求書に添付すること。

2.数次の請負によって施行される建設業の下請負業者等の所属労働者については、所属事業場が証明すること。

3.既存障害とは、今回の災害発生前に、既にあった身体障害をいい、先天性のもの・後天性のもの、業務上の事由によるもの・業務外の事由によるものを問わない。

4.同一部位とは、今回の災害により障害を残した同一の部位をいう。

同意書

桜井労働基準監督署長 殿

私が請求(受給)している労働者災害補償保険法に基づく保険給付の決定に際して、桜井労働基準監督署の職員が、必要に応じ、健康保険等の受給状況や傷病の状態及び収入に関する事項等について、官公庁等、保険者、医療機関等に対して調査を実施することに同意します。

記

健康保険等の加入状況は次のとおりです。

() 内に健康保険等の被保険者証の内容等を記入して下さい。

【保険記号番号】

記号 () 番号 ()

【保険者名称】 いずれかに記入して下さい。

全国健康保険協会 () 支部 [政府管掌健康保険の場合]

() 健康保険組合 [組合管掌健康保険の場合]

() 市 (区町村) 役所 [国民健康保険の場合]

【保険者所在地】

()

令和 年 月 日

住 所 _____

氏 名 _____