

労災保険診療テキスト 指定薬局関係

平成27年3月改訂版

岡山労働局労働基準部労災補償課

目 次

1. 労災保険の目的-----	1
2. 保険給付の対象-----	1
(1) 業務災害-----	1
(2) 通勤災害-----	1
3. 労災保険指定薬局制度について-----	2
(1) 指定手続き-----	2
(2) 指定申請事項を変更した時-----	2
(3) 留意・協力事項-----	3
労災保険指定薬局療養担当契約事項-----	4
労災保険指定薬局指定申請書様式-----	6
労災保険指定薬局管理薬剤師変更届様式-----	7
指定・指名機関登録(変更)報告書様式見本-----	8、9
4. 労災薬剤費の請求-----	10
(1) 初めて来られた院外処方患者に対する留意事項-----	10
(2) 薬剤請求書・レセプト記載上のお願-----	11
(3) 費用の算定方法-----	11
(4) 薬剤費請求関係様式集-----	12
(5) 薬剤費請求書の提出先と提出日-----	19
(6) 薬剤費支払に関する問い合わせ先-----	19
5. 「アフターケア」制度について-----	19
(1) 制度の概要-----	19
(2) アフターケアの種類-----	19
(3) 健康管理手帳について-----	19
(4) アフターケア委託費の請求-----	20
(5) 費用の算定方法-----	20
(6) アフターケア委託費請求書の提出先、支払等に関する 問い合わせ先及び提出日-----	20
(7) アフターケア請求関係様式集-----	21
6. レセプトのとりまとめ-----	24
(1) 労災薬剤費-----	24
(2) アフターケア薬剤費-----	26
7. 岡山県下各労働基準監督署及び管轄地域-----	27
8. 各種様式ダウンロードの案内-----	27

平成17年11月 初版作成

平成27年 3月 第1次改訂版作成

1 労災保険の目的

労災保険は、労働者の業務災害（業務が原因となって生じた負傷、疾病、障害又は死亡）及び通勤災害（通勤が原因となって生じた負傷、疾病、障害又は死亡）に対して、迅速・適正に公正な保護を図るため必要な保険給付を行い、併せて業務災害又は通勤災害を被った労働者の社会復帰の促進、当該労働者及び遺族への擁護、適正な労働条件の確保等を図り、労働者の福祉の増進に寄与することを目的とした保険制度です。

2 保険給付の対象

労災保険において保険給付の対象となるものは、業務災害と通勤災害です。

(1) 業務災害

業務災害とは、業務との間に相当因果関係が認められる災害です。

次に示す業務遂行性と業務起因性の2つの要件を具備していることが必要です。

（業務遂行性）

業務遂行性とは、労働者が労働契約に従って、事業主の支配下にある状態をいい、労働者が会社で与えられた仕事をしている時とか、会社の命令で出張先で仕事をしたり、その場所への往復等で発生した場合をいいます。

（業務起因性）

業務起因性とは、その従事する業務に通常伴う危険が具体化したもの又はその業務との間に相当因果関係がある場合をいいます。

(2) 通勤災害

通勤災害とは、通勤により発生した災害をいい、この場合の通勤とは、次の要件を満たす往復行為であることが必要です。

労働者が業務に就くため、又は業務を終了したことにより、住居と就業の場所との往復行為であること。

自宅等の住居と会社等の就業の場所を始点終点とするものであること。

通勤の経路及び方法が、社会通念上、合理的と認められること。

通勤経路からの迂回等、逸脱・中断がないこと。これらがあった場合には、その間及びその後の往復行為は通勤に含まれません。ただし、日用品の購入、治療のための通院など一部の例外は通勤災害として取扱われます。

複数事業場就業者の事業場間の移動中の災害及び単身赴任者の赴任先住居、帰省先住居間の移動中の災害も、一定の要件を満たせば、通勤災害として労災保険給付の対象となります。

なお、業務の性質を有する通勤、例えば、事業主の提供による専用交通機関（送迎用マイクロバス等）を利用しての通勤は業務災害として取扱われません。

3 労災保険指定薬局制度について

労災保険の療養（補償）給付の一つとして、薬剤の給付を取扱う薬局が労災保険指定薬局（以下「指定薬局」と言います。）です。

この指定を行うにあたっては、指定を受ける薬局との間で、傷病労働者に対する薬剤の支給やその費用の算定及び請求方法を定めておく必要があります。

これについては、厚生労働省と日本薬剤師会との間で申し合わされた「労災保険指定薬局療養担当契約事項」（P4～5 参照）によることとなっています。

（1）指定手続き

労災保険法施行規則第 11 条第 1 項の規定に基づく指定薬局の指定を希望する薬局は、「労災保険指定薬局指定申請書」（P6 参照）に「薬局開設許可証（写）」、「指定・指名機関登録（変更）報告書 様式 22・23 号」（P8～9 参照）を添えて、所轄労働局長に申請する必要があります。

この申請書を受理した所轄労働局長は、審査し、指定を決定したときは、「労災保険指定薬局指定通知書」を交付します。

なお、指定期間は指定の日から 3 年間で期間満了の日前 6 ヶ月より同日前 3 ヶ月までの間に、所定労働局長から特に指定取消しのない場合あるいは指定薬局から辞退の申出がない場合には、当該指定がその都度更新されることになっていますので、改めて再指定の手続きをする必要はありません。

指定薬局として指定を行った所轄労働局長は、指定医療機関の指定の場合と同様に、その指定薬局の名称及び所在地を公告しますが、指定を受けた薬局では、指定期間中、次に示す標札を見やすい場所に掲げておかなければなりません。



縦 10 c m
横 5 . 5 c m
地 色 濃紺
文 字 白

（2）指定申請事項を変更した時

名称・住所・代表者・口座等が変更した場合

指定・指名機関登録（変更）報告書 様式 22・23 号（P8～9 参照）を提出して下さい。

労災保険指定薬局療養担当契約事項

(療養の給付等の担当)

- 1 労災保険指定薬局(以下「指定薬局」という。)は、労働者災害補償保険法第13条第2項第2号、第22条第2項及び第29条第1項第1号に基づく療養(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、遅滞なく提出されること。

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、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医師が交付した処方箋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日付け厚生労働省告示第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ことによること。

(処方箋の保存)

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

(指定期間)

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

(標札の啓示)

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相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) 薬剤を廃止、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。

労災保険指定薬局指定申請書

1. 薬 局	名 称	
	所 在 地	
2. 管理薬剤師	氏 名	
	薬剤師登録番号	

労災保険薬局として指定を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

なお、指定されたときは、「労災保険指定薬局療養担当契約事項」に基づいて療養の給付を担当します。

年 月 日

開設者の住所及び氏名

〔 法人の場合は、名称、代表者の職
氏名及び主たる事務所の所在地 〕

印

岡 山 労 働 局 長 殿

労災保険指定薬局指定通知書

1. 薬局の名称	
2. 薬局の所在地	
3. 指定の期間	年 月 日から 年 月 日まで

上記の薬局を労災保険指定薬局として指定したから通知します。

年 月 日

岡 山 労 働 局 長

指定申請者 殿

労災保険指定薬局管理薬剤師変更届

変更前 薬剤師	氏 名	
	薬剤師登録番号	
変更後 薬剤師	氏 名	
	薬剤師登録番号	
変更日	平成 年 月 日	

上記のとおり、管理薬剤師を変更しましたのでお届けします。

平成 年 月 日

指定番号 : 334

薬 局 名 :

開設者の住所 : 〒

電 話 番 号 :

名 称 :

代表者職・氏名

印

岡山労働局長 殿

変更の報告にあたっては、労災指定
薬局の番号を記入して下さい。

■ 診機様式第23号

提出用 2 / 2

指定・指名機関登録(変更)報告書

①周コード 3 4 5 6 6	②指定・指名番号：新規登録の場合は無記入 <small>※新出の場合は横線が記入されます。</small>	③登記・変更の別 1...新規 3...変更 9...取消	決 課 長 係 長 係
--------------------	--	--	----------------------

※アフターケア委託費の振込情報が口座関係1と異なる場合に記入してください。

振込金融機関名 ⑤預金種別 <input type="checkbox"/> 普通...1 <input type="checkbox"/> 当座...3	銀行 金融 組合 振込店舗名 ⑥預金の口座番号(左詰め) ⑦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。 ⑧(ツグキ) ⑨(ツグキ)	④金融機関コード 金融機関コード 店舗コード ※
--	---	----------------------------------

提出の際折り曲げる場合には中央で切り離し(▼)の所を谷に2つ折りにして下さい。

上記のとおり報告します。

提出年月日 年 月 日

指定・指名機関の名称

代表者の氏名

印 (記名押印又は署名)

労災指定薬局の名称、代表者氏名(記入押
印又は署名)を記入して下さい。

提出用 2 / 2

帳票番号 34556 の様式も使えます。

4 労災薬剤費の請求

(1) 初めて来られた院外処方患者に対する留意事項

受給資格の確認

社会保険の患者が投薬を求めた時は、「被保険者証」等の提示を求めますが、これと同様に労災であることを確認する必要があります。このような確認の為に患者に提出を求める書類が下記のものであります。

ア 労働（通勤）災害で負傷（発症）し、初めて院外処方を行う場合

・業務上災害

「療養補償給付たる療養の給付請求書（様式第5号）」（P15参照）

・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）」（P16参照）

イ 別の薬局で院外処方を受けていた場合

・業務上災害

「療養補償給付たる療養の給付を受ける指定病院等（変更）届」（様式第6号）（P17参照）

・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）（P18参照）

(注意事項)

・誤って「指定病院等（変更）届」でなく「療養の給付請求書（5号又は16号の3）」を提出された場合は、用紙余白に「変更届扱」と記入して置き換えて受理して構いません。

ウ 傷病労働者が傷病（補償）年金受給者となった場合

傷病労働者が、「傷病（補償）年金」受給者へ移行することがあります。移行時には、上記イと同様に、「指定病院等（変更）届」を受理しなければなりません。

(注意事項)

・傷病（補償）年金の場合は、年金証書番号を確認する必要があります。「指定病院等（変更）届」の「年金証書の番号」欄を確認して下さい。もし未記入の場合は、傷病年金手帳により確認し記入させて下さい。

「労働保険番号」欄は記載確認する必要がありません。

・誤って当該「指定病院等（変更）届」でなく「療養の給付請求書（5号又は16号の3）」を提出された場合は、用紙余白に「変更届扱」と記入して置き換え受理して構いません。

この場合は、年金証書番号を労働保険番号欄に左9桁に記入させて下さい。

(2) 薬剤費請求書・薬剤費請求内訳書記載上のお願い

薬剤費請求書及び薬剤費請求内訳書の労働保険番号等の未記入又は誤記入は、支払い不能となりますのでご注意ください。

薬剤費請求書及び薬剤費請求内訳書を手書きする場合は、斜め字は、誤読しやすいので、標準字体に習って記入して下さい。

薬剤費請求書の請求年及び請求月の記入は、薬剤費請求内訳書の最新月により記入して下さい。

薬剤費請求書の「 」印欄は記入しないで下さい。

薬剤費請求書の 内訳書添付枚数欄に、続紙、5号(16号の3)及び6号(16号の4)の枚数は含めないで下さい。

薬剤費請求内訳書の合計欄に円マークは不要です。円マークが必要なものは薬剤費請求書の請求金額のみです。

薬剤費請求内訳書の 及び修正欄に記入しないで下さい。

薬剤費請求内訳書に続紙等の糊付けは機械処理の障害になりますのでおやめ下さい。

薬剤費請求内訳書は機械処理しますので、折り目をつけたり、訂正印を押さないようにして下さい。

投薬期間には、調剤日を記入して下さい。

例) 調剤日が11月11日のみの場合

投薬期間は 261111 - 261111

例) 調剤日が11月11日、11月14日、11月20日の場合

投薬期間は 261111 - 261120

薬剤費請求内訳書に指定薬局の番号、名称の記入をお願いします。

投薬期間は、和暦で記入して下さい。

傷病(補償)年金の受給者にかかる請求は、傷の年金用薬剤費請求内訳書を使用して下さい。

(3) 費用の算定方法

健保の規定による療養に要する費用の額の算定方法(調剤報酬点数表)により算定した額とします。診療単価は、10円となります。

なお、後期高齢者医療に係る点数は、算定出来ません。

療養補償給付たる療養の給付を受ける指定病院等（変更）届

労働基準監督署長 殿

年 月 日

病 院 号
診 療 所
業 局 号
訪問看護事業者 経由

(郵便番号)

住 所 電話番号 局 番

届出人の 方

氏 名 号

下記により療養補償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。

〔注 意〕

- 一、事項を添付する場合に該事項を丸で囲むこと。
- 二、⑤は、④の①の欄に記載する事項を丸で囲むこと。
- 三、④の②の欄に記載する事項を丸で囲むこと。
- 四、④の③の欄に記載する事項を丸で囲むこと。
- 五、④の④の欄に記載する事項を丸で囲むこと。
- 六、④の⑤の欄に記載する事項を丸で囲むこと。
- 七、④の⑥の欄に記載する事項を丸で囲むこと。
- 八、④の⑦の欄に記載する事項を丸で囲むこと。
- 九、④の⑧の欄に記載する事項を丸で囲むこと。
- 十、④の⑨の欄に記載する事項を丸で囲むこと。
- 十一、④の⑩の欄に記載する事項を丸で囲むこと。
- 十二、④の⑪の欄に記載する事項を丸で囲むこと。
- 十三、④の⑫の欄に記載する事項を丸で囲むこと。
- 十四、④の⑬の欄に記載する事項を丸で囲むこと。
- 十五、④の⑭の欄に記載する事項を丸で囲むこと。
- 十六、④の⑮の欄に記載する事項を丸で囲むこと。
- 十七、④の⑯の欄に記載する事項を丸で囲むこと。
- 十八、④の⑰の欄に記載する事項を丸で囲むこと。
- 十九、④の⑱の欄に記載する事項を丸で囲むこと。
- 二十、④の⑲の欄に記載する事項を丸で囲むこと。
- 二十一、④の⑳の欄に記載する事項を丸で囲むこと。
- 二十二、④の㉑の欄に記載する事項を丸で囲むこと。
- 二十三、④の㉒の欄に記載する事項を丸で囲むこと。
- 二十四、④の㉓の欄に記載する事項を丸で囲むこと。
- 二十五、④の㉔の欄に記載する事項を丸で囲むこと。
- 二十六、④の㉕の欄に記載する事項を丸で囲むこと。
- 二十七、④の㉖の欄に記載する事項を丸で囲むこと。
- 二十八、④の㉗の欄に記載する事項を丸で囲むこと。
- 二十九、④の㉘の欄に記載する事項を丸で囲むこと。
- 三十、④の㉙の欄に記載する事項を丸で囲むこと。
- 三十一、④の㉚の欄に記載する事項を丸で囲むこと。
- 三十二、④の㉛の欄に記載する事項を丸で囲むこと。
- 三十三、④の㉜の欄に記載する事項を丸で囲むこと。
- 三十四、④の㉝の欄に記載する事項を丸で囲むこと。
- 三十五、④の㉞の欄に記載する事項を丸で囲むこと。
- 三十六、④の㉟の欄に記載する事項を丸で囲むこと。
- 三十七、④の㊱の欄に記載する事項を丸で囲むこと。
- 三十八、④の㊲の欄に記載する事項を丸で囲むこと。
- 三十九、④の㊳の欄に記載する事項を丸で囲むこと。
- 四十、④の㊴の欄に記載する事項を丸で囲むこと。
- 四十一、④の㊵の欄に記載する事項を丸で囲むこと。
- 四十二、④の㊶の欄に記載する事項を丸で囲むこと。
- 四十三、④の㊷の欄に記載する事項を丸で囲むこと。
- 四十四、④の㊸の欄に記載する事項を丸で囲むこと。
- 四十五、④の㊹の欄に記載する事項を丸で囲むこと。
- 四十六、④の㊺の欄に記載する事項を丸で囲むこと。
- 四十七、④の㊻の欄に記載する事項を丸で囲むこと。
- 四十八、④の㊼の欄に記載する事項を丸で囲むこと。
- 四十九、④の㊽の欄に記載する事項を丸で囲むこと。
- 五十、④の㊾の欄に記載する事項を丸で囲むこと。
- 五十一、④の㊿の欄に記載する事項を丸で囲むこと。

① 労働保険番号				③ 氏 名		④ 負傷又は発病年月日	
府県	所率	管轄	基幹番号	枝番号	生年月日	年 月 日 (歳)	年 月 日
② 年金証書の番号				労働者		前 時 分 頃	
管轄局	種別	西暦年	番 号	住 所	の 職 種	午 後	
⑤ 災害の原因及び発生状況							
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 郵便番号 (.....) 局 番 事業場の所在地 電話番号 局 番 事業主の氏名 号 (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						労災指定 医 番号	
変更前の				名 称			
				所在地			
変更後の				名 称			
				所在地			
変更理由							
⑦ 傷病補償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							

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 所 由
診 療 所 局 理由
業 局
訪問看護事業者

(郵便番号)

住 所 電話番号 局 番

届出人の 方

氏 名 印

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。

〔注 意〕

二、各事項を添付するときは、①～④の事項を添付する必要があること、⑤の事項を添付する必要があること、⑥の事項を添付する必要があること、⑦の事項を添付する必要があること、⑧の事項を添付する必要があること、⑨の事項を添付する必要があること、⑩の事項を添付する必要があること、⑪の事項を添付する必要があること、⑫の事項を添付する必要があること、⑬の事項を添付する必要があること、⑭の事項を添付する必要があること、⑮の事項を添付する必要があること、⑯の事項を添付する必要があること、⑰の事項を添付する必要があること、⑱の事項を添付する必要があること、⑲の事項を添付する必要があること、⑳の事項を添付する必要があること、㉑の事項を添付する必要があること、㉒の事項を添付する必要があること、㉓の事項を添付する必要があること、㉔の事項を添付する必要があること、㉕の事項を添付する必要があること、㉖の事項を添付する必要があること、㉗の事項を添付する必要があること、㉘の事項を添付する必要があること、㉙の事項を添付する必要があること、㉚の事項を添付する必要があること、㉛の事項を添付する必要があること、㉜の事項を添付する必要があること、㉝の事項を添付する必要があること、㉞の事項を添付する必要があること、㉟の事項を添付する必要があること、㊱の事項を添付する必要があること、㊲の事項を添付する必要があること、㊳の事項を添付する必要があること、㊴の事項を添付する必要があること、㊵の事項を添付する必要があること、㊶の事項を添付する必要があること、㊷の事項を添付する必要があること、㊸の事項を添付する必要があること、㊹の事項を添付する必要があること、㊺の事項を添付する必要があること、㊻の事項を添付する必要があること、㊼の事項を添付する必要があること、㊽の事項を添付する必要があること、㊾の事項を添付する必要があること、㊿の事項を添付する必要があること、

① 労働保険番号	府県	所轄	管轄	基幹番号	枝番号	③ 氏 名 (男・女)	④ 負傷又は発病年月日 年 月 日
	② 年金証書の番号						
⑤ 災害の原因及び発生状況							
③の者については、④に記載したとおりであることを証明します。							
事業の名称 年 月 日 郵便番号(.....) 局 番 事業場の所在地 電話番号 事業主の氏名 印 (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							

(5) 薬剤費請求書の提出先と提出日

岡山労働局労働基準部労災補償課

〒700-8611

岡山市北区下石井 1-4-1 岡山第 2 合同庁舎

TEL : 086 - 225 - 2019

提出期日

請求は原則として翌月 10 日までに提出して下さい。

10 日が土・日曜・祝祭日の場合は、翌開庁日が締切となります。

(6) 薬剤費支払に関する問い合わせ先

岡山労働局労働基準部労災補償課 分室

〒700 - 0984

岡山市北区桑田町 1 - 36 岡山地方合同庁舎 1 階

TEL : 086 - 206 - 1821

FAX : 086 - 221 - 2322

5 「アフターケア」制度について

(1) 制度の概要

労災保険制度では、業務災害又は通勤災害により被災された方に対して、その方の症状が固定した(治ゆ)後においても、後遺症状に動揺をきたしたり、後遺障害に付随する疾病を発症させるおそれがあることから、必要に応じ予防その他の保健上の措置として「アフターケア」を実施しています。

ただし、アフターケアの対象となるのは、各対象傷病ごとに定められた範囲内の措置に限られます。

(2) アフターケアの種類

対象傷病は、せき髄損傷、頭頸部外傷症候群等(頭頸部外傷症候群、頸肩腕症候群、腰痛、)、尿路系障害、慢性肝炎、白内障等の眼疾患 振動障害、大腿骨頸部骨折及び股関節脱臼・脱臼骨折、人工関節・人工骨頭置換、慢性化膿性骨髓炎、虚血性心疾患等、尿路系腫瘍、脳の器質性障害、外傷による末梢神経損傷、熱傷、サリン中毒、精神障害、循環器障害、呼吸器障害 消化器障害、炭鉱災害による一酸化炭素中毒です。

(3) 健康管理手帳について

アフターケア対象者が薬を受け取る際には、その都度、健康管理手帳(P21 参照・以下「手帳」という。)を提出することになっています。

手帳は、健康保険における被保険者証と同様に受給資格を証明するものですので、必ず確認して下さい。

また、手帳の有効期間は、傷病別アフターケアの定めるところにより、それぞれ異なりますので、ご留意下さい。

なお、手帳の有効期間が満了した後にも、継続してアフターケアを受けることを希望する方は、手帳の更新を申請するものとしていますが、傷病別アフターケアの「頭頸部外傷症候群等に係るアフターケア」に掲げる傷病については、継続することはできません。

(4) アフターケア委託費の請求

アフターケアによる投薬をした薬局は、岡山労働局長へ、「アフターケア委託費請求書(薬局用)(実施要領様式第6号)(P22参照)」に「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)(P23参照)を添付して請求することとなります。

請求をする際には、アフターケア委託費請求内訳書(薬局用)は、1投薬日毎に1枚作成し、アフターケア委託費請求書(薬局用)に添付するものとします。

(5) 費用の算定方法

健保の規定による療養に要する費用の額の算定方法(調剤報酬点数表)により算定した額とします。

(6) アフターケア委託費請求書の提出先、支払等に関する問い合わせ先及び提出日

岡山労働局労働基準部労災補償課

〒700-8611

岡山市北区下石井1-4-1 岡山第2合同庁舎

TEL: 086-225-2019

提出期日

請求は原則として翌月10日までに提出して下さい。

10日が土・日曜・祝祭日の場合は、翌開庁日が締切となります。

(7) アフターケア請求関係様式集

労働者災害補償保険 健康管理手帳番号

健康管理手帳

交 付
有効期限
氏 名 _____

厚生労働省

<p style="text-align: center;">番号</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">カ ナ</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">氏 名</td> <td></td> </tr> </table> <p>生年月日 _____</p> <p>住 所 _____</p> <p>手帳有効期限 _____</p> <p style="text-align: right;">_____ 労働局長 印</p>	カ ナ		氏 名		<p>労働保険番号 _____</p> <p>被災時の所属事業場 名 称 _____</p> <p>所在地 _____</p> <p>被災年月日 _____</p> <p>療養期間 _____</p> <p>療養開始 _____</p> <p>症状固定(治ゆ) _____</p> <p>障害等級 第 <input type="checkbox"/> 級</p> <p>症状固定(治ゆ)時における障害の部位・状態 _____</p>
カ ナ					
氏 名					

① アフターケア記録

措置の種類	措置年月日	措置の結果	医療機関認印
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		

②

措置の種類	措置年月日	措置の結果	医療機関認印
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		

処方年月日は、病院又は診療所において処方した年月日を記入して下さい。

健康管理手帳番号は、システム化により更新又は再交付毎に枝番号が変わるため、病院又は診療所において処方した年月日の時点での健康管理手帳番号を記入して下さい。この場合、当該健康管理手帳の有効期間外の処方認められないので注意して下さい。労働保険番号と間違えやすいので注意して下さい。

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

※標準字体 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

① 支払額 百万 <input type="text"/> 千 <input type="text"/> 円 <input type="text"/>		② 健康管理手帳番号 西暦年 <input type="text"/> 所轄局 <input type="text"/> 傷病番号 <input type="text"/> 振出番号 <input type="text"/> 枝番号 <input type="text"/>		③ 増減理由 <input type="checkbox"/>	
④ 処方年月日 7平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <small>年・月・日はそれぞれ各1桁のめ</small>		⑤ 査定額 増 <input type="text"/> 千 <input type="text"/> 円 <input type="text"/> 減 <input type="text"/> 千 <input type="text"/> 円 <input type="text"/>		⑥ 処理区分 <input type="text"/>	
⑦ 決定年月日 西暦年 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日		⑧ 合計額 百万 <input type="text"/> 千 <input type="text"/> 円 <input type="text"/>		修正欄 <input type="text"/>	
受診者の氏名 薬局名称	病院名称 又は所在地 診療所 担当医師名		対象となるアフターケア傷病コード <small>裏面の表の傷病コードを記入してください</small>		
調剤年月日 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	概要		調剤年月日		
剤型 処方 内服 屯服 その他	単位薬剤料 調剤数量 調剤料点 調剤報酬点数	合計 点			

内訳書の合計額は円マークを付さないで下さい。

調剤年月日は、薬局において調剤した年月日を記入して下さい。

処方内容が入りきらない場合は、続紙を付けて下さい。
 A4用紙であれば書式は何でも構いません。
 この場合、2枚目も病院名・受診者名・処方年月日分かるようにして下さい。

(物品番号 81205) 12.10

6 レセプトのとりまとめ

(1) 労災薬剤費

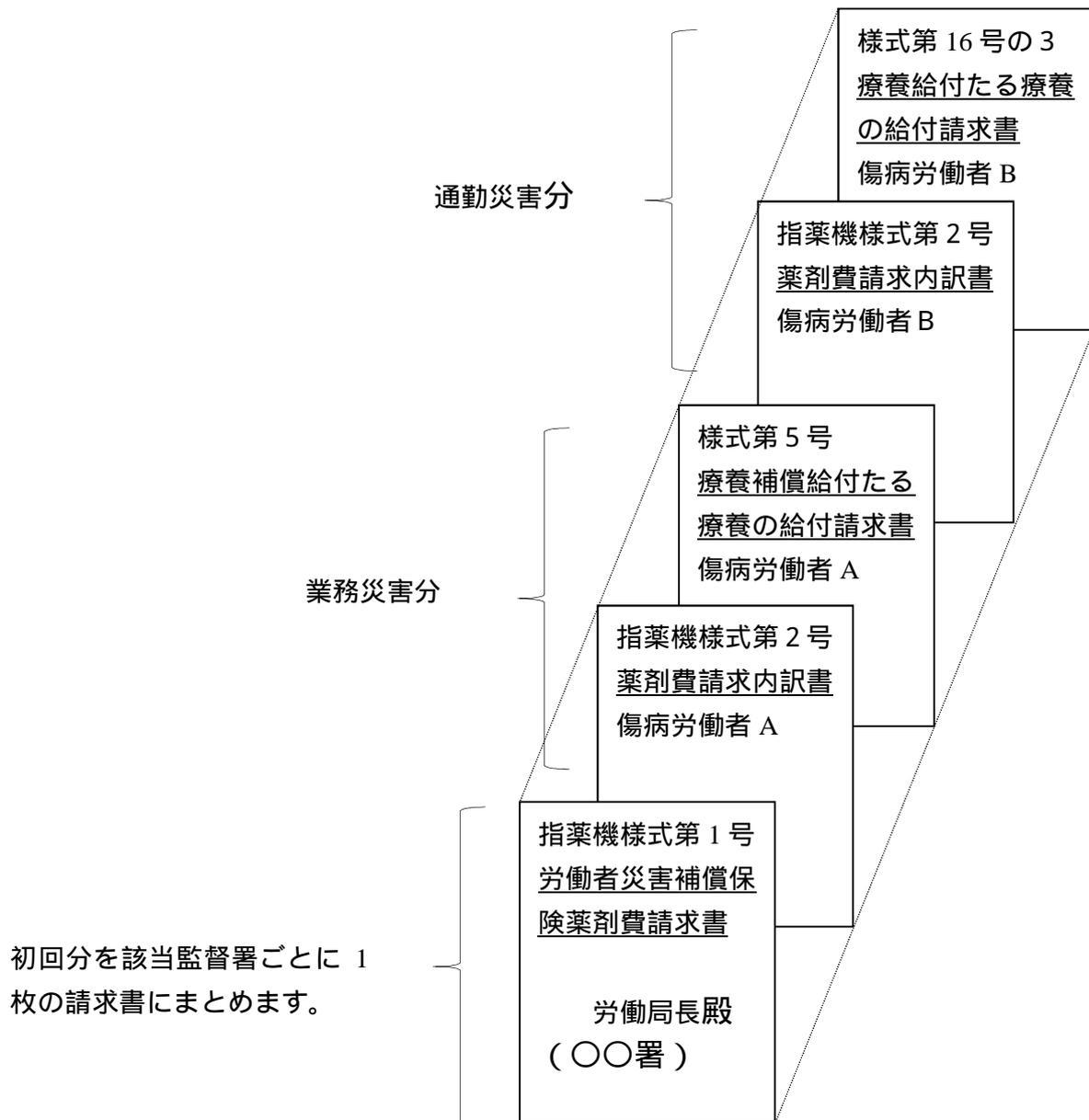
作成した薬剤費請求内訳書を初回請求分、継続請求分に仕分けし、それぞれの件数及び請求金額を算出し「指薬機様式第1号:労働者災害補償保険薬剤費請求書」を作成します。

初回分の編綴順序

初回分は、傷病労働者(患者)の所属する事業場を管轄する労働基準監督署毎に作成します。

編綴順序は、請求書、業務災害薬剤費請求内訳書と様式第5号又は様式第6号、通勤災害薬剤費請求内訳書と様式第16号の3又は様式第16号の4となります。

これを図示しますと以下のとおりです。

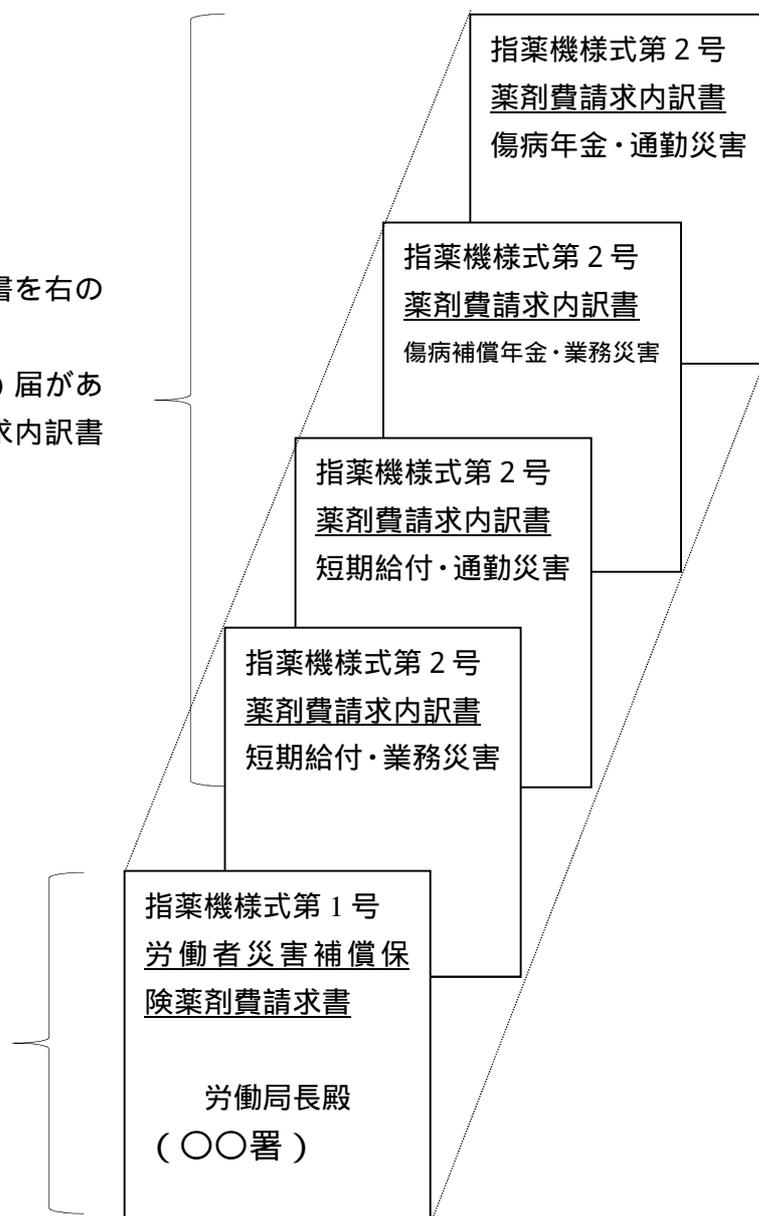


継続分の編綴順序

継続分は、初回分とは異なり傷病労働者の事業場の所在地に関係なく一括して作成します。

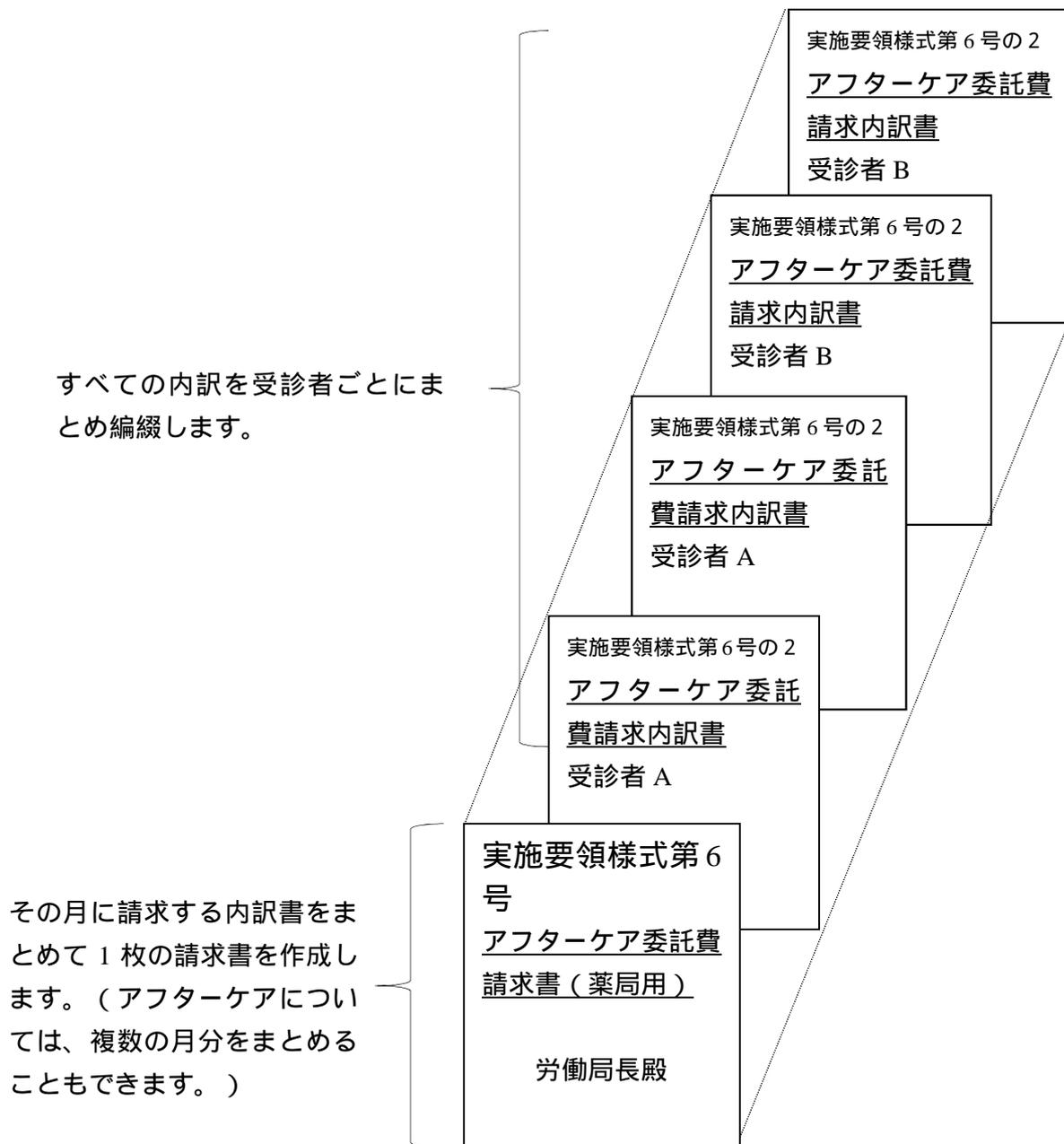
すべての継続分請求内訳書を右の順序に編綴します。
なお、指定病院等（変更）届がある場合は、それぞれの請求内訳書の後ろに編綴します。

継続分の請求書は1枚にまとめます。



(2) アフターケア薬剤費

その月の内訳書の枚数及び請求金額を算出し「実施要領様式第6号：アフターケア委託費請求書（薬局用）」を作成します。



7 岡山県下各労働基準監督署及び管轄地域

局署コード		署名	所在地	電話番号	管轄区域
局	署				
33	01	岡山	700-0913 岡山市北区大供 2-11-20	(086) 225-0591	岡山市、玉野市、瀬戸内市 加賀郡（新見労働基準監督署の管轄区域を除く。）
	02	倉敷	710-0047 倉敷市大島 407-1	(086) 422-8177	倉敷市、総社市、都窪郡
	04	津山	708-0022 津山市山下 9-6 津山労働総合庁舎	(0868) 22-7157	津山市、美作市、真庭市、苫田郡、久米郡、英田郡、勝田郡、真庭郡
	05	笠岡	714-0081 笠岡市笠岡 5891 笠岡労働総合庁舎 4階	(0865) 62-4196	笠岡市、浅口市、井原市、小田郡、浅口郡
	06	和気	709-0442 和気郡和気町福富 313	(0869) 93-1358	備前市、赤磐市、和気郡
	07	新見	718-0011 新見市新見 811-1	(0867) 72-1136	新見市、高梁市、加賀郡吉備中央町のうち上竹・納地・竹荘・豊野・黒土・田土・湯山・吉川・黒山・北・岨谷・宮地・西

8 各種様式ダウンロードの案内

被災労働者が提出する各種請求書（現状レセプト用紙等は、ダウンロードできません。）は、厚生労働省ホームページよりダウンロード可能となっておりますのでご案内します。様式ダウンロードサイトの検索方法の一例は以下のとおりです。

厚生労働省ホームページトップ画面右上の検索ウインドウに「労災 様式」と入力し検索する。

[お問合わせ窓口](#)
[よくある御質問](#)
[サイトマップ](#)
[点字ダウンロード](#)
[サイト閲覧支援ツール](#)
[English](#)



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

文字サイズの変更 標準 大 特大

[御意見募集やパブリックコメントはこちら](#)