

労災保険指定薬局事務必携

鳥取労働局

本必携では以下について略称で表記しています。

○療養の給付請求書

- ・「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)
- ・「療養給付たる療養の給付請求書」(様式第 16 号の 3)

○療養の給付を受ける指定病院等(変更)届

- ・「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)
- ・「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)

○療養の費用請求書

- ・「療養補償給付及び複数事業労働者療養給付たる療養の費用請求書」(様式第 7 号)
- ・「療養給付たる療養の費用請求書」(様式第 16 号の 5)

○業務災害等

- ・業務災害
- ・複数業務要因災害

○療養(補償)等給付

- ・療養補償給付
- ・複数事業労働者療養給付
- ・療養給付

○傷病(補償)等年金

- ・傷病補償年金
- ・複数事業労働者傷病年金
- ・傷病年金

目 次

I 労災薬剤費の請求について

第1 労災保険指定薬局制度の趣旨	1
第2 労災保険指定薬局の指定等	2
第3 労災指定薬局の留意事項	4
第4 薬剤費請求に当たっての留意事項	6
第5 労災保険指定薬局療養担当契約事項	11

II アフターケア委託費（薬剤費）の請求について

第1 アフターケア制度の概要	13
第2 アフターケア委託費請求に当たっての留意事項	13

III 参考

第1 鳥取労働局・労働基準監督署	16
第2 様式	
○ 指定・指名機関登録（変更）報告書（診機様式第22号 1/2）	17
○ 指定・指名機関登録（変更）報告書（診機様式第23号 2/2）	18
○ 管理薬剤師変更届	19
○ 労災保険指定薬局辞退届	20
○ 電子レセプト請求における添付書類の送付状	21
○ 光ディスク等送付書	22
○ 療養の給付請求書（告示様式第5号・第16号の3）	23
○ 療養の給付を受ける指定病院等（変更）届（告示様式第6号・第16号の4）	25
○ [帳票種別 34729] 労働者災害補償保険薬剤費請求書（指薬機様式第1号）	27
○ [帳票種別 34730] 薬剤費請求内訳書（指薬機様式第2号）短期	28
○ [帳票種別 34731] 薬剤費請求内訳書（指薬機様式第3号）傷病年金	29
○ アフターケア手帳（印書例）	30
○ [帳票種別 37701] アフターケア委託費請求書(薬局用)（実施要領様式第6号）	31
○ [帳票種別 37710] 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）	32
○ 労災診療費等請求用紙 送付依頼書 薬局用	33

I 労災薬剤費の請求について

第1 労災保険指定薬局制度の趣旨

(1) 目的

労災保険の薬剤の給付は、原則として労災保険指定薬局における現物給付方式をとっています。これは、傷病労働者が薬剤の費用を一旦全額負担して労災保険に請求すると傷病労働者に負担が生じること、薬局としても傷病労働者から直接費用を徴収するのは不便であることから、このような煩雑さを軽減するための制度です。

労災保険では、傷病労働者が業務災害等又は通勤災害の負傷又は疾病により「鳥取労働局長が指定した薬局」で薬剤の支給を受けたときは、薬剤費用を自己負担することなく療養の給付が行われ、これらの薬局に対し、政府がその費用を直接支払うことになっています。

(2) 療養の範囲

労災保険において給付される療養（補償）給付等の薬剤支給の範囲については、労災保険法第13条及び第22条に政府が必要と認めるものに限る旨定められています。

「政府が必要と認めるもの」の範囲については、一般的には、「療養上相当と認められるもの」とされています。具体的には、個々の傷病について身体機能の回復、填補を図るため必要な療養であるかどうかによって判断され、さらには、当該療養の効果が現在の医学上一般的に認められているもの、治療手段として確立しているものでなければなりません。

したがって、医学上一般的に認められていない新薬や研究過程にあるものは、療養の範囲に含まれません。また、特定の薬の治療効果は認められたとしても、当該治療方法の効果が医学上一般的に是認されていないもの、具体的には「薬効・薬価リスト」の適応・用法に基づかないものは給付の対象とはなりません。

傷病に対する薬剤の範囲については、健康保険に準拠しています。

(3) 給付方式

① 療養の給付は、保険者である政府が、傷病労働者の請求に応じて直接療養の給付を実施する医療の現物給付方式により補償するものです。薬剤の療養の給付は、労災保険指定薬局において行っており、傷病労働者は自ら費用を負担することなく政府が必要と認める範囲内で薬剤の支給を受けることになっています。

② 療養の費用の支給は、傷病労働者が薬剤の支給を受けるために要した費用をいったん立替払、その費用相当額を労働基準監督署へ請求することにより補償するものです。

療養の費用が支給されるのは、労災保険法施行規則第11条の2により療養の給付を行うことが困難な場合のほか、療養の給付を受けないことについて、傷病労働者に相当の理由がある場合とされています。

例えば、突発的な災害により負傷し、緊急に薬剤支給を受けなければならないが、最寄りに指定薬局がなかった場合、誤って健康保険を使用したため、全額返納した上で傷病労働者が直接労災請求する場合等があります。

第2 労災保険指定薬局の指定等

労災保険の薬剤給付を取り扱う薬局は、労災保険指定薬局（以下「指定薬局」という。）です。

(1) 指定手続

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の開設者は、「労災保険指定薬局指定申請書」に下記資料を添えて、鳥取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が指定を決定したときに「労災保険指定薬局指定通知書」を交付します。

※ 指定申請に添付する資料

- ・ 薬局開設許可証（写）
- ・ 保険薬局指定通知書（写）
- ・ 管理薬剤師履歴書、薬剤師免許証（写）
- ・ 建物平面図及び付近の見取図（地図）
- ・ 中国四国厚生局からの施設基準に係る届出の受理通知書（写）
- ・ 指定・指名機関登録（変更）報告書 様式22・23号

(指定の自動更新)

指定期間は指定の日から3年間で期間満了の日前6か月より同日前3か月までの間に、指定薬局から特に指定取消か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をする必要はありません。

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センチメートル
- 横 … 5.5センチメートル
- 地色 … 濃紺
- 文字 … 白

(2) 薬剤の給付及び費用の請求

指定薬局が行う薬剤の給付、費用の請求等については、「労災保険指定薬局療養担当契約事項」(P11)によって行わなければなりません。

(3) 指定薬局としての留意・協力事項

「労災保険指定薬局療養担当契約事項」は、双方が遵守すべき事項を定めており、薬局がこの指定を受ける場合の指定契約内容となります。

なお、薬剤の支給に要した費用の請求について不正行為があったとき、関係法令又は本契約事項に違反したとき、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があったときには指定の取消しが行われることとなります。

(4) 指定申請事項を変更したとき

① 名称・住所・代表者・口座等を変更した場合

指定・指名機関登録(変更)報告書 様式 22・23 号 (P17~18) を鳥取労働局労災補償課に提出してください。

② 管理薬剤師を変更した場合

「管理薬剤師変更届」(P19) に薬剤師免許証の写しを添えて鳥取労働局労災補償課に提出してください。

(5) 労災レセプト電算処理システムの利用を希望するとき

労災レセプト電算処理システムを利用するためには、労災レセプト電算処理システムの記録条件仕様に沿った電子レセプトを作成する必要があります。

現在、健康保険では電子レセプトによる請求が義務化されていますので、健康保険で利用しているレセプトコンピューターメーカーにシステムの改修についてご相談ください。

詳しい内容、届出書類、手引等は、厚生労働省ホームページでご確認ください。

① オンライン請求

労災診療費等をオンラインにより、鳥取労働局へ請求する方法です。

オンラインによる請求を行う場合には、「(労災) 電子情報処理組織の使用による費用の請求に関する届出」に必要事項を記載して、鳥取労働局に提出してください。

鳥取労働局から、ID とパスワードが記載された「労災レセプト電算処理システムユーザ設定情報」が送付されますので、端末の設定作業及び確認試験を行ってください。

② 電子媒体請求

労災診療費等の電子レセプトを電子媒体 (CD、FD、MO) に保存し、鳥取労働局に送付する方法です。

電子媒体による請求を行う場合には、「(労災) 光ディスク等を用いた費用の請求に関する届出」に必要事項を記載し、鳥取労働局に提出してください。

また、データが記録条件仕様に沿って正しく作成されているかどうか確認したい場合には、上記届出書を提出する前に、確認試験を実施することができます。

なお、請求前に確認試験を希望する場合には、確認試験用の電子媒体を作成し、「電子媒体確認申請書 (光ディスク等送付書)」とともに、鳥取労働局に提出してください。

確認試験の終了後、鳥取労働局から試験結果 (受付前点検結果リスト) をお返しします。

第3 労災指定薬局の留意事項

1 初めての院外処方患者に対する留意事項

(1) 書類の受理による受給資格の確認

社会保険の患者が投薬を求めたときは、「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傷病労働者に提出を求める書類は以下のとおりです。

- ① 業務災害等や通勤災害で負傷（発症）して初めて院外処方を行う場合
・療養の給付請求書（告示様式第5号・第16号の3） ※（P23、24）

- ② 別の薬局で院外処方を受けてきた場合
・療養の給付を受ける指定病院等（変更）届（告示様式第6号・第16号の4） ※（P25、26）

③ 傷病労働者が傷病年金受給者となった場合

傷病労働者が、傷病（補償）等年金受給者へ移行することがあります。

移行した場合は、これまで処方を受けてきた傷病労働者でも上記②と同様に「療養の給付を受ける指定病院等（変更）届」が必要になります。

別の薬局で処方を受けてきた傷病（補償）等年金受給者の場合も同様です。

傷病（補償）等年金の場合は、「療養の給付を受ける指定病院等（変更）届」の「②年金証書の番号」欄を記入する必要があります。未記入の場合は、傷病（補償）等年金証書により確認して記入させてください。なお、「①労働保険番号」欄は記載不要です。

④ アフターケア対象者が院外薬局を利用する場合

アフターケアの対象者には「アフターケア手帳」（P30）を交付していますので、当該手帳の提示を受けて「アフターケア手帳番号」を確認してください。

医療機関は、アフターケアによる処方の場合、当該処方箋に「アフターケア」の表示を記載することになっています。

(2) 「療養の費用の支給」となる以下の用紙を提出された場合

- ・療養の費用請求書（様式第7号の2・16号の5(2)）

本請求書は、傷病労働者が全額費用負担した薬剤費を、請求書に医療機関及び薬局が証明した上で労働基準監督署長に請求するための用紙であることから、請求書表面の「薬剤師の証明」及び裏面の「療養の内訳及び金額」を記載して傷病労働者に返却してください。

なお、本請求書は「療養の給付請求書」及び「療養の給付を受ける指定病院等（変更）届」のように傷病労働者が無償で投薬を受け、薬局が労働局長宛てに請求することはできません。

(3) 「療養の給付請求書」等が提出された時に確認する事項

- ・「労働保険番号」「生年月日」「負傷又は発病年月日」の記入を確認してください。
これらが確認できないと処方した診療費との照合ができず、審査することができません。
- ・事業主欄の記載
- ・請求人欄の記載
- ・指定病院等の名称・所在地欄に記載がない場合は、薬局名等を記載してください。

(4) 交通事故等第三者の行為による災害の取扱い

交通事故等第三者の行為が原因となって生じた災害による傷病の場合は、民法上の不法行為に当たりますので、被災労働者には労災保険に対する請求権と民法上の損害賠償請求権が発生します。

このような場合に、労災保険では次の取扱いをします（労災保険法第12条の4）。

- ① 保険給付の原因である事故が第三者の行為によって生じた場合に、先に労災保険から被災労働者に対して保険給付したときは、政府は、保険給付の価格の限度で、被災労働者が第三者に対して有する損害賠償の請求権を取得し、直接第三者に対して求償します。
- ② これとは逆に、労災保険から保険給付する前に、被災労働者が同一の事由によって、先に第三者から損害賠償を受けた場合には、政府は、保険給付に際し、保険給付すべき額からその損害賠償額を差し引いて支給します。

不明な点は鳥取労働局若しくは所轄労働基準監督署へご照会ください。（P16）

2 労災診療単価

指定薬局 10円（健康保険単価準拠）

3 後期高齢者医療

高齢者医療確保法の規定による療養の給付は、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第57条の規定により、労災保険法による療養（補償）等給付を受けることができる場合には行わないとされています。したがって労災保険が適用になる場合は、後期高齢者に係る点数の算定はなされません。

第4 薬剤費請求にあたっての留意事項

1 薬剤費請求書・内訳書等の提出方法

(1) 電子レセプトによる請求方法

① オンラインによる請求の場合

毎月 5 日～10 日に、前月分までの薬剤費請求書等の電子データをオンライン請求してください。

5 日～ 7 日 8 : 00 ～ 21 : 00

8 日～10 日 8 : 00 ～ 24 : 00

また、「療養の給付請求書」及び「療養の給付を受ける指定病院等（変更）届」については、「電子レセプト請求における添付書類の送付状」（P21）を付けて、10 日までに鳥取労働局宛てに提出してください。

※ オンラインによる請求を行う場合には、「(労災) 電子情報処理組織の使用による費用の請求に関する届出」の手続が必要です。

② 電子媒体による請求の場合

毎月 10 日までに、前月分までの薬剤費請求書等の電子媒体と「光ディスク等送付書」（P22）、「療養の給付請求書」及び「療養の給付を受ける指定病院等（変更）届」を鳥取労働局に提出してください。

また、電子媒体の場合には、都道府県労働局にて読込作業を行った際に、レセプトデータが受付不能エラーとなった場合には、エラーとなったレセプトデータを除いたレセプトのみで受付を行いますので、エラーとなったレセプトデータは再度提出していただくこととなります。

そのため、受付日によっては、当月分の支払手続に間に合わないことがありますので、できるだけ早めに提出してください。

なお、FD、MO の場合には、労働局では読込作業が行えないため、労働局から厚生労働省本省に回送し、読込作業を行います。そのため、更に数日を要しますので、受付不能エラーとなった場合には、当月分の支払手続に間に合わないおそれがありますので、オンライン又は CD での提出をお勧めします。

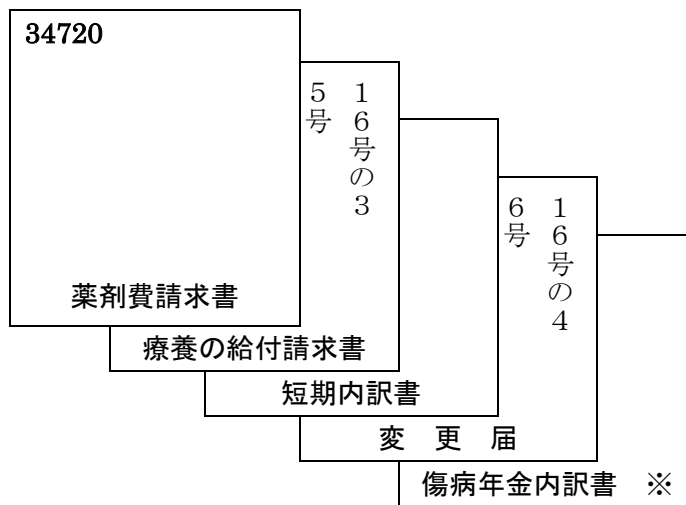
※ 電子媒体による請求を行う場合には、「(労災) 光ディスク等を用いた費用の請求に関する届出」の手続が必要です。

(2) 紙媒体による請求方法

毎月 10 日までに、前月分までの薬剤費請求書等を鳥取労働局に提出してください。提出期日に遅れた場合は、翌月分の支払手続となります。

<請求書の取りまとめ方>

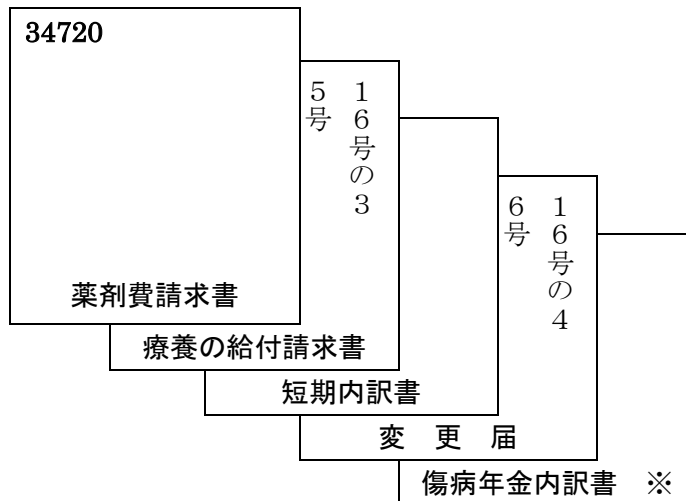
① 県内初回分（各監督署ごとに作成）



→労働保険番号の府県が 31 のものは、管轄 01、02、03 ごとに分けて、労働保険番号順にしてください。

※短期給付から新規に傷病(補償)年金給付対象者となった場合

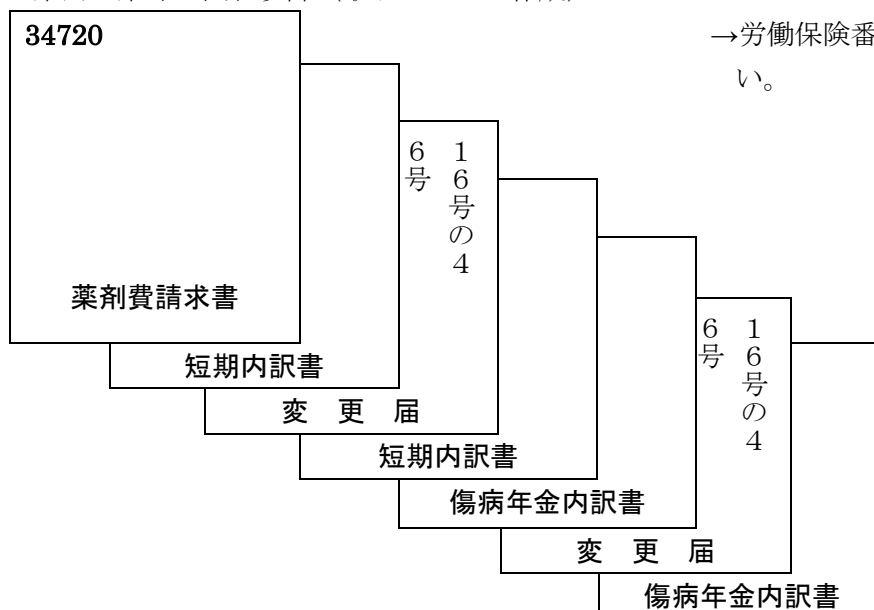
② 県外初回分（各監督署ごとに作成）



→労働保険番号の府県が 31 以外のものは、監督署ごとに分けて、労働保険番号順にしてください。

※短期給付から新規に傷病(補償)年金給付対象者となった場合

③ 県内・県外 2 回目以降（取りまとめて作成）



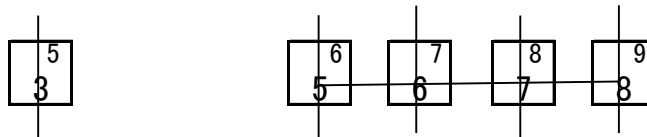
→労働保険番号順にしてください。

2 労災保険薬剤費請求書・薬剤費請求内訳書記載要領

(1) 一般的事項

- ① OCR 読取り部枠内の数字は「コンピューター印書又は黒ボールペン」で「ポテ・カスレ」がないように「標準字体」（請求書欄外上段を参照）で枠内に納まるように書いてください。カスレ等の文字は読み取りできません。
- ② 書き損じた場合は、下記例に倣い訂正してください。

訂正例



(2) 労働者災害補償保険薬剤費請求書（指薬機様式第1号）記載上の留意事項（P27）

- ・請求ごとに1枚使用してください。

「指定薬局の番号」欄

労災指定番号を記入してください。

「請求金額」欄

全レセプトの合計金額を記入してください。

金額の頭には¥マークを記入してください。

請求金額欄の訂正はできませんので、誤った場合は新たに作成してください。

「内訳枚数」欄

添付されているレセプトの枚数を記入してください。

但し、「続紙として使用した内訳書」「療養の給付請求書」「指定病院等（変更）届」は含まれません。

「請求年」「請求月」欄

添付したレセプトのうち最新の調剤年月を記入してください。

調剤月が2か月以上のレセプトがある場合は、最新月を記入してください。

「住所」「名称」欄

薬局の住所名称を記入してください。開設者の住所名称は記入しないでください。

「開設者氏名」欄

開設者（代表者）の職氏名を記入してください。

開設者の名称が薬局名称と異なる場合は、当該欄に記入してください。

「電話番号」欄

薬局の電話番号（照会連絡先）を記入ください。

(3) 薬剤費請求内訳書（レセプト）（指薬機様式第2号）記載上の留意事項等（P28、P29）

① レセプトの一般的事項

イ レセプト用紙は、1 傷病労働者、1 災害、処方 1 か月分ごとに作成し、各レセプトに薬局の名称・指定薬局番号を記載してください。

ロ レセプトの順番

・請求書ごとに、短期給付分、傷病（補償）等年金分、労働保険番号の順にしてください。

具体的には、初回分（短期給付、傷病（補償）等年金）、2 回目以降分（短期給付、傷病（補償）等年金）の順となります。

・別の労災指定薬局で院外処方を受けていた傷病労働者を受け入れた薬局は、「療養の給付を受ける指定病院等（変更）届」を受け取りますが、このレセプトは 2 回目以降分として扱います。

・短期給付から新規に「傷病（補償）等年金」給付対象者となった場合も「療養の給付を受ける指定病院等（変更）届」を受け取りますが、このレセプトは初回分の扱いとなります。

ハ レセプトの続紙を必要とする場合

・白紙の上部に指定薬局の番号と薬局の名称、労働者名と処方月を記入し、その下に処方内容のみ記入してください。

・レセプト用紙を続紙として使用する場合は、②から⑩までは記入しないでください。右上余白に続紙と大きく記入してください。

ニ その他

・システム上 1 枚ずつの読取りができなくなりますので、レセプト及び続紙に他の用紙の糊付けやホチキス留めをしないでください。

・レセプト用紙上部の「指定薬局の番号」、「薬局の名称」欄は、続紙を含め全ての用紙に記入してください。

② レセプト記載要領

イ「投薬期間」欄

調剤年月日の最初と最後を記入してください。

調剤が 1 日の場合は、同日年月日を末日にも記入してください。

ロ「労働保険番号」欄

「療養の給付請求書」又は「療養の給付を受ける指定病院等（変更）届」に記入された労働保険番号を記入してください。枝番号の記入がない場合は、「000」と記入してください。

ハ「生年月日」欄

「療養の給付請求書」又は「療養の給付を受ける指定病院等（変更）届」に記載された生年月日を記入してください。

元号コードを最初のマスに記入してください。

明治「1」、大正「3」、昭和「5」、平成「7」、令和「9」

ニ「傷病年月日」欄

「療養の給付請求書」又は「療養の給付を受ける指定病院等（変更）届」に記載された傷病年月日を記入してください。

(イ) 負傷の場合 … 事故発生年月日を「療養の給付請求書」等及び傷病労働者等に確認の上、記入してください。

(ロ) 疾病の場合 … 疾病の発症確認日が傷病年月日となります。

(ハ) 再発の場合 … 再発に起因する当初の傷病年月日となります。

※ 上記ロハニは、処方した医療機関と一致したものでなければなりません。不明な場合は、処方した医療機関に必ず問い合わせし、照合確認してください。

ホ その他

- ・事業場の名称・所在地を記入してください。
- ・病院又は診療所の名称・所在地、担当医氏名について記入してください。
- ・時間外加算等を算定した場合は、摘要欄に月日と処方時間を記入してください。

※ しばらく処方がなく来局された場合は、新たな災害による場合や、受給資格が変更された場合も考えられます。以前取扱った傷病の継続か否かの確認をお願いします。

3 支払通知等

提出のあった薬剤費請求書及び薬剤費請求内訳書は、内容を審査した後に支払の手続を行いますが、処方箋に基づく薬剤の支給であっても、審査の結果、労災とは関連のない傷病に対する支給や過剰な支給と判断された場合等には、減額支給となります。

この場合、請求のあった指定薬局に対して通知を行うこととなりますので、減額部分の取扱いについては医療機関と調整を行ってください。

第5 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 令和2年12月25日付け基発 1225第1号

(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「療養補償給付及び複数事業労働者療養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、複数事業労働者傷病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、複数事業労働者傷病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、複数業務要因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。

II アフターケア委託費（薬剤費）の請求について

第1 アフターケア制度の概要

1 目的

業務災害等又は通勤災害により、せき髄損傷や脳の器質性障害等の傷病に罹患した者において、その症状固定後においてもアフターケアとして必要に応じ保健上の措置を講じるため、アフターケアを実施しています。

2 アフターケア手帳の確認

アフターケアの対象者については、「アフターケア手帳」（P30）を交付していますので、労災指定薬局は、当該手帳の提示を受けて「アフターケア手帳番号」を確認してください。

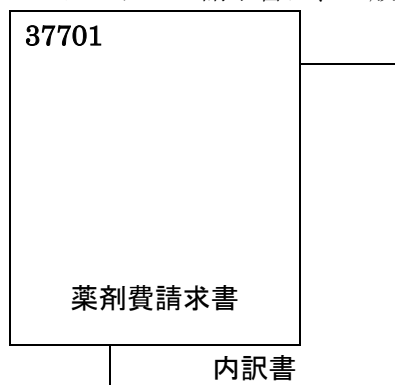
第2 アフターケア委託費請求にあたっての留意事項

1 アフターケア委託費・内訳書等の提出方法

毎月10日までに、前月分までの費用の額を、「アフターケア委託費請求書（薬局用）」（実施要領様式第6号）（P31）と「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）（P32）に記載の上、鳥取労働局に提出してください。

また、第1回目のアフターケア委託費請求書（薬局用）提出する際には、アフターケア手帳のアフターケア対象者であることが確認できる部分の写しを添付してください。

※ アフターケアの請求書は、一般の薬剤請求とは別の様式になっています。



→県内、県外を問わず一つにまとめてアフターケア手帳番号順にしてください。

2 アフターケア委託費請求書・アフターケア委託費請求内訳書記載要領

(1) アフターケア委託費請求書記載上の留意事項（P31）

「請求金額」欄

全レセプトの合計金額を記入してください。

金額の頭には¥マークを記入してください。

請求金額欄の訂正はできませんので、誤った場合は新たに作成してください。

「内訳枚数」欄

添付されているレセプトの枚数を記入してください。

ただし、「続紙として使用した内訳書」は含まれません。

「請求年」「請求月」欄

添付したレセプトのうち、最新の処方年月を記入してください。

請求年欄の最初の欄には年号の番号を記入してください。「令和：9」

「住所」「名称」欄

薬局の住所名称を記入し、開設者の住所名称は記入しないでください。

「代表者氏名」欄

開設者（代表者）の職氏名を記入してください。

開設者の名称が薬局名称と異なる場合は、当該欄に記入してください。

「電話番号」欄

薬局の電話番号（照会連絡先）を記入ください。

(2) アフターケア委託費請求内訳書記載上の留意事項 (P32)

- ・内訳書は、1回の処方に係る調剤ごとに1枚作成してください。
- ・アフターケア手帳番号は、更新又は再交付ごとに「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「アフターケア手帳番号」を記入してください。この場合、当該アフターケア手帳の有効期限外の処方認められませんので注意してください。
※労働保険番号と間違えやすいので注意してください。
- ・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ください。
- ・内訳書の合計額は、~~¥~~マークを付さないでください。
- ・調剤年月日は、薬局において調剤した年月日を記入してください。
- ・対象となるアフターケア傷病コードは、次ページのアフターケア対象傷病一覧から該当の傷病コードを記入してください。
なお、アフターケア傷病コードは、アフターケア委託費請求書及びアフターケア委託費請求内訳書の裏面にも記載されています。

アフターケア対象傷病一覧

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

Ⅲ 参考

第1 鳥取労働局・労働基準監督署

1 鳥取労働局

・鳥取労働局 労働基準部 労災補償課

〒680-8522 鳥取市富安2丁目89-9 鳥取労働局3階

TEL 0857(29)1706



2 労働基準監督署

局署コード		署名	所在地	電話番号	管轄区域
局	署				
31	01	鳥取	〒680-0845 鳥取市富安2丁目89-4 鳥取第1地方合同庁舎4階	0857(24)3095	鳥取市・岩美郡 八頭郡
	02	米子	〒683-0067 米子市東町124-16 米子地方合同庁舎5階	0859(59)0023	米子市・境港市 西伯郡・日野郡
	03	倉吉	〒682-0816 倉吉市駄経寺町2-15 倉吉地方合同庁舎3階	0858(22)6274	倉吉市・東伯郡

第2 様式

「指定・指名機関登録(変更)報告書」(診機様式第22号1/2)

変更の報告に当たっては、労災指定薬局の番号を記入してください。

記入に当たっては、用紙の裏面にある注意事項をよく読んで記入してください。また、様式第22号と第23号で一式なので注意してください。

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

帳票種別	①届コード	②指定・指名番号(変更登録の場合は無記入)	③帯配・変更の別	
34565			1...新規 2...変更 9...取消	決 裁

提出の際折り返す場合は中央の切り離し(▼)の所を谷に2つ折りにしてください。

※印の欄は記入しないでください。(職員が記入します。)

◎裏面の注意事項をよく読んで、記入してください。

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(ソジキ)

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。

⑩郵便番号

⑪電話番号

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(ソジキ)

⑭(ソジキ)

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)

⑰承認年月日

⑱指定・指名期間末日

⑲指定取消年月日

⑳振込金融機関名

㉑預金種別

㉒預金の口座番号(左詰め)

㉓金融機関コード

㉔店種コード

㉕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。

㉖(ソジキ)

㉗(ソジキ)

㉘一括番号(変更指定指名機関)

㉙府県種別

㉚一連番号

変更の報告に当たっては、変更のあった個所のみ記入してください。

「指定・指名機関登録（変更）報告書」（診機様式第23号2/2）

変更の報告に当たっては、労災指定薬局の番号を記入してください。

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 票種別 34566	② 照コード □□	③ 指定・指名番号：新規登録の場合は無記入 <small>※新規の場合も職員が記入します。</small> □□□□□□□□□□	④ 取扱・変更の別 □ <small>1…新規 2…変更 3…取消</small>	<table border="1" style="width:100%; text-align:center;"> <tr><th>課長</th><th>係長</th><th>係</th></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	課長	係長	係						
課長	係長	係											

※アフターケア委託費の振込情報口座関係1と異なる場合に記入してください。

⑤ 振込金融機関名 <small>① 預金種別</small> <input type="checkbox"/> 普通…1 <input type="checkbox"/> 当座…3 <small>② 預金の口座番号(左期め)</small> □□□□□□□□□□	<small>③ 銀行 番号 通号</small> 振込店名	<small>④ 店 文 代理店 出張所</small> <table border="1" style="width:100%; text-align:center;"> <tr> <th colspan="2">⑥ 金融機関コード</th> </tr> <tr> <th>金融機関コード</th> <th>店舗コード</th> </tr> <tr> <td>□□</td> <td>□□</td> </tr> </table>	⑥ 金融機関コード		金融機関コード	店舗コード	□□	□□
⑥ 金融機関コード								
金融機関コード	店舗コード							
□□	□□							

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、左括弧で右端の枠まで続けて記入してください。
□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

⑧ (ソジキ)
□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

⑨ (ソジキ)
□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

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：(記名捺印又は署名)

提出の際折り返すには中央で切り離し() の所を谷に2ヶ所折りにしてください。

※印の欄は記入しないでください。(職員が記入します。)

労災指定薬局の名称、代表者氏名を記入してください。

管理薬剤師変更届

労災指定番号		
指定薬局の名称		
前任者の氏名		
新任者	氏名	
	薬剤師名簿 登録番号	第 号
	登録年月日	年 月 日
	略歴	
添付書類	薬剤師免許証の写し	
変更年月日		令和 年 月 日

鳥取労働局長 殿

令和 年 月 日

薬局名.....

代表者名.....

労災保険指定薬局辞退届

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の指定を辞退したく届出いたします。

辞退年月日	令和 年 月 日
理由	

令和 年 月 日

鳥取労働局長 殿

開設者

住所

氏名

電話 ()

令和 年 月 日

鳥取労働局長 殿

住 所
開設者
氏 名

「電子レセプト請求における添付書類の送付状」

労災保険指定 医療機関等番号	
労災保険指定 医療機関等名称	
点数表区分	医科 ・ 歯科 ・ 調剤 アフターケア（医科） ・ アフターケア（調剤）
診療（調剤）月分	令和 年 月診療（調剤）分
送信(予定)年月日	令和 年 月 日
添 付 書 類	療養の給付請求書（様式第 5 号） 枚 療養の給付請求書（様式第 16 号の 3） 枚 指定病院等（変更）届（様式第 6 号） 枚 指定病院等（変更）届（様式第 16 号の 4） 枚 リハビリテーション計画書 枚 その他（手術記録(写)、症状詳記(写)、X・P(写)、写真等） 枚 アフターケア手帳（写） 枚
備 考	

※1 労災保険指定医療機関等とは、労災保険指定病院、労災保険指定薬局及び労災病院のこと。

※2 本送付書は、点数表区別に作成すること。

※3 点数表区分については、該当に○を付すこと。

令和 年 月 日

鳥取労働局長 殿

住所
開設者
氏名

光ディスク等送付書

労災保険指定 医療機関等番号			
労災保険指定 医療機関等名称			
点数表区分	医科 ・ 歯科 ・ 調剤 アフターケア（医科） ・ アフターケア（調剤）		
診療（調剤）月分	令和 年 月診療（調剤）分		
提出年月日	令和 年 月 日		
媒体種類	CD	FD	MO
媒体枚数	枚		
備考	療養の給付請求書（様式第5号） 療養の給付請求書（様式第16号の3） 指定病院等（変更）届（様式第6号） 指定病院等（変更）届（様式第16号の4） リハビリテーション計画書 その他（手術記録(写)、症状詳記(写)、X-P(写)、写真等） アフターケア手帳（写）		枚 枚 枚 枚 枚 枚 枚

※1 労災保険指定医療機関等とは、労災保険指定病院、労災保険指定薬局及び労災病院のこと。

※2 本送付書は、点数表区分別に作成すること。

※3 点数表区分及び媒体種類については、該当に○を付すこと。

※4 読込時にエラーとなった場合、当月中の請求に間に合わないことがあります。

「療養の給付請求書」(告示様式第5号)

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で、記入してください。

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

標準字体で記入してください。

※根拠票種別 ①管轄局署 ②業通別 ③保留 ④処理区分 ④受付年月日

⑤労働保険番号 ⑥性別 ⑦支給・不支給決定年月日

⑧性(男/女) ⑨労働者の生年月日 ⑩負傷又は発病年月日 ⑪再発年月日

⑫氏名 ⑬住所 ⑭職種 ⑮災害の原因及び発生状況

⑯指定病院等の名称 ⑰傷部の部位及び状態

⑱事業の名称 ⑲事業場の所在地 ⑳事業主の氏名

労働基準監督署長殿 請求人の住所 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

調査年月日 復命書番号

不支給の理由

※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、この所を谷に折りさらに2つ折りにしてください。

「療養の給付請求書」(告示様式第 16 号の 3)

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	い	。 -
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	

通勤災害用
療養給付たる療養の給付請求書

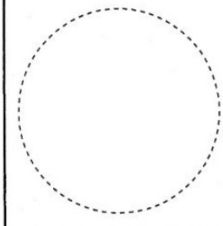
事項をよく読んで、
記入してください。

※ 帳票種別		① 管轄局署	② 業通別	③ 保留	⑥ 処理区分	④ 受付年月日	
34590		□□□□	3 1業 3通	□ 1全レセ 3在給付	□□	※ □□□□□□□□	
⑤ 労働 保険 番号		⑧ 性別		⑨ 労働者の生年月日		⑩ 負傷又は発病年月日	
□□□□□□□□□□		1男 3大正 5昭和 7平成 9令和		□□□□□□□□□□		□□□□□□□□□□	
⑫ 労働者 の 職 種		⑬ 氏名		⑭ 氏名		⑮ 再発年月日	
□□□□□□□□□□		□□□□□□□□□□		□□□□□□□□□□		※ □□□□□□□□	
⑯ 通勤災害に関する事項		裏面のとおり					
⑰ 指定病院等の		名 称		所 在 地		電 話 () -	
⑱ 傷病の部位及び状態		□□□□□□□□□□					
⑲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		_____ 電話() -					
病 院 所 由 診 療 所 局 薬 局 経 由 訪問看護事業者		請求人の 住 所		(方)			
氏 名		_____					

標準
字体
で
記入
して
くだ
さい。

※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 不 給 給 決 定 決 議 書	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	(この欄は記入しないでください。)	
	復命書番号	第 号	第 号	第 号	第 号			

「療養の給付を受ける指定病院等（変更）届」（告示様式第6号）

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	院 所	〒 _____ 電話() _____
	診 療	所 由	
	薬 局	経 由	
	訪問看護事業者		
住 所			
届出人の			方
			氏 名

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

① 労働保険番号					③ 氏 名	(男・女)	④ 負傷又は発病年月日		
府県	所掌	管轄	基幹番号	枝番号			生年月日	年 月 日(歳)	年
●	●	●	●	●	労働者の	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つて(お)どのような災害が発生したかを簡明に記載すること。				
③の者については、④及び⑤に記載したとおりであることを証明します。 年 月 日 事業の名称 _____ 電話() _____ 事業場の所在地 _____ 事業主の氏名 _____ (法人その他の団体であるときはその名称及び代表者の氏名)									
⑥ 指定病院等の変更	変更前の	名 称	(労災指定医番号)						
		所在地	〒 _____						
	変更後の	名 称							
	所在地	〒 _____							
	変更理由								
⑦	傷病補償年金又は複数事業労働者傷病年金の支給を受けることとなった後に療養の給付を受けようとする指定病院等の	名 称							
		所在地	〒 _____						
⑧	傷 病 名								

「療養の給付を受ける指定病院等（変更）届」（告示様式第 16 号の 4）

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	経 由
	診 療 所	
	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 年 月 日 午 前 後 時 分頃
府県	所管	管轄	基幹番号	枝番号		
					姓 名	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	
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(う)どのような物で又はどのような状況において(え)どのようにして災害が発生したかを簡明に記載すること</small>						
③の者については、④に記載したとおりであることを証明します。						
年 月 日			事業の名称 _____			
			〒 _____ 電話 () _____			
事業場の所在地 _____						
事業主の氏名 _____						
<small>(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)</small>						
〔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						

「[帳票種別 34729]労働者災害補償保険薬剤費請求書」(指薬機様式第1号)

指薬機様式第1号

労働者災害補償保険薬剤費請求書

※標準字体 0123456789

請求書の右上の「標準字体」により、労災指定薬局の番号を記入してください。

受付年月日は記入不要です。

※印の欄は記入

帳票種別 34729

※修正欄

① 指定薬局の番号

② ※受付年月日

③ 請求金額
千 百 十 百 十 百 十 百 十 百
 金額の頭に¥マークを付けてください。

④ 内訳書添付枚数 枚

⑤ 請求年 年

⑥ 請求月 月分

ただし、1
2
3
4
5
6
7
8
9 明細書添付枚数

※修正欄

添付されている内訳書の枚数を記入(表紙、続紙は含まれません。)してください。

全ての内訳書の「合計額」の総計を記入してください。
 請求金額欄の訂正はできませんので、誤った場合は新たに作成してください。

請求年月を記入してください。

_____ ほか _____ 名に対する薬剤費の内訳は、別紙内訳

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 _____ 電話番号 _____

() 署分

受付印

労災指定薬局の住所(所在地)、名称、開設者職名、氏名及び電話番号を記入してください。

「[帳票種別 34730]薬剤費請求内訳書」(指薬機様式第2号) 短期

様式第5号等に記載のある労働保険番号、生年月日、傷病年月日を記入してください。

指定薬局の番号及び薬局の名称は、続紙を含めて全ての用紙に記入してください。

指薬機様式第2号 第 四 頁
 (同一病区内について)

指定薬局の番号

薬局の名称

帳票種別 34730

修正訂正番号

労働保険番号

生年月日

傷病年月日

投薬期間は、その月の最初の調剤日から最後の調剤日を記入してください。

薬
劑
費
請
求
内
訳
書

担当医氏名は、処方に係る担当医の氏名を記入してください。

労働者の氏名			病院又は診療所の名称						
事業の名称			所在地						
事業場の所在地	都道府県	市区	担当医氏名						
医師番号	処方月日	調剤月日	処方		調剤数量	調剤報酬点数			
			医薬品名・規格・用量・剤形・用法		単位薬剤料(点)	薬剤調製料(点)	薬剤管理料(点)	薬剤料(点)	加算料(点)
受付回数	摘要								
請求(点)	調剤基本料(点)	時間外等加算(点)							

調剤月日は、調剤した月日を記入してください。

処方月日は、医師の処方月日を記入してください。

医師番号は「担当医氏名」欄に記載した番号を記入してください。

請求内訳書用紙は、1 傷病労働者、1 災害、処方 1 か月分ごとに作成してください。

「[帳票種別 34731]薬剤費請求内訳書」(指薬機様式第3号) 傷病年金

年金証書の番号を記入してください。

指定薬局の番号及び薬局の名称は、続紙を含めて全ての用紙に記入してください。

投薬期間は、その月の最初の調剤日から最後の調剤日を記入してください。

担当医氏名は、処方に係る担当医の氏名を記入してください。

調剤月日は、調剤した月日を記入してください。

処方月日は、医師の処方月日を記入してください。

医師番号は「担当医氏名」欄に記載した番号を記入してください。

請求内訳書用紙は、1 傷病労働者、1 災害、処方 1 か月分ごとに作成してください。

指薬機様式第3号		第 回	指定薬局の番号	薬局の名称
(傷病)				
帳票種別	34731	続紙項目番号		
調剤期間		増減コード及び増減所		
労働者の氏名	明・大・昭・平・令 年 月 日生 (歳)		病院又は診療所の所在地	名称
事業の名称			担当医氏名	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.
事業場の所在地	都道府県	郡市区市		
医師番号	処方月日	調剤月日	処方	調剤報酬点数
			医薬品名・規格・用量・剤形・用法	単剤薬料 (点)
				調剤数量
				薬剤調製料 調剤管理料 (点)
				薬剤料 (点)
				加算料 (点)
請求回数	摘要	請求 (点)	調剤基本料 (点)	時間外等加算 (点)

番号 0013000000-000

カナ	ロウサイ タロウ
氏名	労災 太郎

生年月日

住所

手帳有効期限

炭鉱災害による一酸化炭素中毒に関する特別措置法施行規則第9条の規定により交付します。

平成12年 5月10日

東京 労働局長 印

労働保険番号

被災時の所属事業場
名称

所在地

被災年月日

療養期間
療養開始

症状固定（治ゆ）

障害等級 第 級

症状固定（治ゆ）における障害の部位・状態

注 意 事 項

1. 労働者災害補償保険のアフターケアを受けようとするときは、労災指定医療機関等にこの手帳を提出し、所定の欄にその結果を記入してもらってください。
2. 次の場合には、この手帳の交付を受けた都道府県労働局長に、この手帳を添えて（ロの場合を除く。）、その旨を届け出て、必要な訂正又は再交付を受けてください。
 - イ. 氏名又は住所に変更があったとき。
 - ロ. この手帳を紛失したとき。
 - ハ. この手帳を汚損したとき。
 - ニ. この手帳に余白がなくなったとき。
3. 手帳の更新を希望する場合は、有効期間の切れる1カ月前までに、この手帳の交付を受けた都道府県労働局長に「アフターケア実施期間の更新に関する診断書」を添付の上、「アフターケア手帳更新・再交付申請書」により申請してください。

<アフターケアの受けられる期間>

原則として治ゆ後3年ですが、医学的に継続してアフターケアを受ける必要があると認められる方は、引き続き受けることができます。

<アフターケアの内容>

- (1) 診 察：原則として1カ月に1回程度
- (2) 保健指導
- (3) 処 置：薬剤の支給
- (4) 検 査（健康診断）

労働者災害補償保険 アフターケア手帳番号 0013000000-000

炭鉱災害による一酸化炭素中毒

アフターケア手帳

交 付 平成12年 5月10日

有効期限 平成15年 5月 9日

氏 名 労災 太郎

厚生労働省

「[帳票種別 37701]アフターケア委託費請求書(薬局用)」(実施要領様式第6号)

請求書の右上の「標準字体」により、労災指定薬局の番号を記入してください。

受付年月日は記入不要です。

■ 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 ※修正項目番号 ①※管轄薬局

②※受付年月日 9 令和

※印の欄は記入

③指定薬局の番号

④ 請求金額	⑤ 内訳書添付枚数
<input type="text"/> 金額の頭に¥マークを付けてください。	<input type="text"/>

⑥請求年 7 平成 9 令和 年 月分

⑦請求月 ※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 _____

労働局長殿 _____

受付印

添付されている内訳書の枚数を記入(表紙、続紙は含まれません。)してください。

全ての内訳書の「合計額」の総計を記入してください。
請求金額欄の訂正はできませんので、誤った場合は新たに作成してください。

アフターケア委託費(薬局用)の請求年月を記入してください。
複数の月分をまとめて請求する場合は、最新の請求年月を記入してください。

労災指定薬局の住所(所在地)、名称、開設者職名、氏名及び電話番号を記入してください。

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ください。

■ 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 ■

アフターケア委託費請求内訳書(薬局用)

帳票種別 37710	修正項目番号 □	①支払額 □□□□□□□□
②健康管理手帳番号 「西暦年」 「所轄局」 「傷病番号」 「振出番号」 「枝番号」 □□□□□□□□□□□□□□□□		
④処方年月日 7平成 9令和 □□□□□□□□ 上2桁は左へ下2桁は右へ	⑤査定額 +増 -減 □□□□□□□□	⑦決定年月日 9令和 □□□□□□□□
⑥合計額 □□□□□□□□	④処理区分 □□	修正額 □□□□□□□□
受診者の氏名 薬局の名称	病名 又は 所在地 診療所の 相当医師名	
対象となるアフターケア傷病コード -	裏面の表の傷病コードを記入してください	
調剤年月日 □□年□□月□□日	摘要	
剤型 内服 外用 その他	処方	単位
内服 外用 その他		
内服 外用 その他		
内服 外用 その他		
調剤基本料 点	指導料 点	合計 点

アフターケア手帳番号は、更新又は再交付ごと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アフターケア手帳番号を記入してください。
この場合、当該アフターケア手帳の有効期間外の処方認められませんので注意してください。
※労働保険番号と間違えやすいので注意してください。

内訳書の合計額は、¥マークを付さないでください。

調剤年月日は、薬局において調剤した年月日を記入してください。

処方内容が入りきらない場合は、続紙を付けてください。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・処方年月日が分かるようにしてください。

労災診療費等請求用紙 送付依頼書

薬局用

あて先

〒680-8522

鳥取市富安 2-89-9

鳥取労働局 労働基準部 労災補償課

TEL 0857-29-1706

様式番号		帳票種別	帳票名	要求枚数
指薬機	様式第1号	34729	労働者災害補償保険薬剤費請求書	枚
	様式第2号	34730	薬剤費請求内訳書（短期）	枚
	様式第3号	34731	薬剤費請求内訳書（傷病年金）	枚
実施要領	様式第6号	37701	アフターケア委託費請求書(薬局用)	枚
	様式第6号の2	37710	アフターケア委託費請求内訳書(薬局用)	枚

注：日数に余裕をもって依頼してください。

どちらかに○をしてください。

※ 送付してください。

※ 局に受け取りに行きます。（ 日頃）

労災指定番号 3 1

郵便番号 〒.....

住 所

薬 局 名

電 話 番 号 担当者名

..... ()