

労災保険指定医療機関療養担当規程

労災保険指定医療機関療養担当規程

(平成7年7月25日付け基発第476号)

改正 平成15年3月28日付け基発第 0328005号

改正 平成21年12月28日付け基発 1228第5号

改正 平成23年6月24日付け基発 0624第1号

改正 平成25年4月8日付け基発 0408第1号

第1章 診療の担当

- 第1 任務
- 第2 療養の給付の担当の範囲
- 第3 アフターケア及び外科後処置の担当の範囲
- 第4 療養の給付、アフターケア及び外科後処置の担当方針
- 第5 受給資格の確認等
- 第6 証明の記載
- 第7 助力
- 第8 診療録の記載及び整理
- 第9 帳簿等の保存
- 第10 通知

第2章 診療の方針

- 第11 診療の一般的方針
- 第12 転医及び対診
- 第13 転医の取扱い
- 第14 施術の同意

第3章 療養の給付に関する診療費の請求

- 第15 診療費の算定方法等
- 第16 診療費の請求手続

第4章 アフターケア及び外科後処置に関する委託費の請求

- 第17 委託費の算定方法等
- 第18 委託費の請求手続

第5章 指定医療機関の取扱い

- 第19 指定期間等
- 第20 表示
- 第21 指定の取消
- 第22 変更事項の届出

第6章 その他

- 第23 施行期日等

第1章 診療の担当

(任務)

第1 労働者災害補償保険法施行規則（以下「則」という。）第11条の規定に基づき都道府県労働局長の指定を受けた病院又は診療所（以下「指定医療機関」という。）は、則第11条第1項の規定により、政府が行うべき療養の給付を政府に代わって行うとともに、労働者災害補償保険法（以下「法」という。）第29条第1項第1号に基づく社会復帰促進等事業としてのアフターケア及び外科後処置を行うものとする。

ただし、アフターケア及び外科後処置については、都道府県労働局長からこれらの任務を含む指定を受けた指定医療機関に限る。

- ② 指定医療機関は、法の規定によるほか、この規程の定めるところにより、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。）の負傷又は疾病についての療養の給付、アフターケア及び外科後処置を担当する。
- ③ 指定医療機関は、当該指定医療機関において療養の給付、アフターケア及び外科後処置に従事する医師若しくは歯科医師（以下「診療担当医」という。）又は調剤に従事する薬剤師をして前2項の規定を遵守させるものとする。

(療養の給付の担当の範囲)

第2 指定医療機関が担当する療養の給付（政府が必要と認めるものに限る。）の範囲は、次のとおりとする。

- 1 診察
 - 2 薬剤又は治療材料の支給
 - 3 処置、手術その他の治療
 - 4 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
 - 5 病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護
- ② 前項の規定にかかわらず、船舶内に設置された診療所（以下「船内診療所」という。）において担当する療養の給付の範囲は、前項の1から3までとする。

(アフターケア及び外科後処置の担当の範囲)

第3 指定医療機関が担当するアフターケアの範囲は、次のとおりとする。

- 1 診察
 - 2 保健指導
 - 3 保健のための処置
 - 4 検査
 - 5 保健のための薬剤の支給
- ② 指定医療機関が担当する外科後処置の範囲は、次のとおりとする。
- 1 診察
 - 2 薬剤又は治療材料の支給
 - 3 処置、手術その他の治療
 - 4 病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護
 - 5 筋電電動義手の装着訓練等

(療養の給付、アフターケア及び外科後処置の担当方針)

第4 指定医療機関及び診療担当医は、次に掲げる方針により療養の給付、アフターケア及び外科後処置を行うものとする。

- 1 診療は、一般に医師又は歯科医師として療養、アフターケア及び外科後処置の必要があると認められる負傷又は疾病に対して行い、的確な診断をもととし、傷病労働者、アフターケア及び外科後処置の対象者（以下「傷病労働者等」という。）の労働能力の保全又は回復上最も妥当適切に行うこと。
- 2 診療に当たっては、懇切丁寧を旨とし、療養、アフターケア及び外科後処置上必要な事項は理解し易いように指導すること。
- 3 診療に当たっては、常に医学の立場を堅持して、傷病労働者等の心身の状態を観察し、心理的な効果をも挙げることができるよう適切な指導をすること。

(受給資格の確認等)

第5 指定医療機関は、傷病労働者等から療養の給付、アフターケア又は外科後処置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」又は「療養給付たる療養の給付請求書」（以下「療養給付請求書」という。）によって療養の給付を受ける資格があるか、健康管理手帳によってアフターケアを受ける資格があるか、又は外科後処置承認決定通知書によって外科後処置を受ける資格があることを確認した後診察すること。

ただし、緊急やむを得ない事由によって療養給付請求書、健康管理手帳又は外科後処置承認決定通知書を提出することができない者であって、療養の給付、アフターケア又は外科後処置を受ける資格があることが明らかな者については、この限りでない。この場合においては、その事由がやんだのち、遅滞なく、療養給付請求書、健康管理手帳又は外科後処置承認決定通知書を提出させること。

- ② 傷病労働者から提出された前項の療養給付請求書は、当該療養給付請求書に当該医療機関の名称を記入の上、遅滞なく、傷病労働者の所属する事業場（傷病労働者が船員法第1条に規定する船員の場合にあっては当該船員が所属する船員を使用して行う事業。以下同じ。）の所在地を管轄する労働基準監督署長（以下「所轄労働基準監督署長」という。）に対し、当該医療機関（船内診療所にあつては当該船舶に係る事業。）の所在地を管轄する都道府県労働局（以下「管轄労働局」という。）を経由し、提出しなければならない。
- ③ 前2項の規定にかかわらず、船内診療所において行われた療養の給付に係る療養給付請求書については、本邦に寄港後、遅滞なく、傷病労働者から船内診療所あて提出させた後、管轄労働局長を経由し、所轄労働基準監督署長に提出しなければならない。

(証明の記載)

第6 指定医療機関は、傷病労働者等から「療養補償給付たる療養の費用請求書」、「療養給付たる療養の費用請求書」に証明の記載を求められたときは、無償でこれを行うこと。

(助力)

第7 指定医療機関は、傷病労働者の病状が、看護又は移送の給付が行われる必要があると認められた場合、速やかに当該傷病労働者又はその関係者にその手続を取らせるよう必要な助力をすること。

(診療録の記載及び整理)

第8 指定医療機関は、傷病労働者等に関する診療録を調製し、療養の給付、アフターケア又は外科後処置に関し、必要な事項を記載しこれを他の診療録と区別して整備すること。

② 前項の診療録には、前項の事項のほか、次の事項を記載しなければならない。

- 1 診療に関して証明又は診断書の交付を行ったときは、当該証明又は診断書等の概要と交付年月日
- 2 初診時に既往の身体障害が認められたときはその概要

(帳簿等の保存)

第9 指定医療機関は、療養の給付、アフターケア又は外科後処置に関する帳簿及び書類その他の記録をその完結の日から3年間保存すること。ただし、診療録については、その完結の日から5年間とする。

(通知)

第10 指定医療機関は、傷病労働者等が次の各号の一に該当する場合には、遅滞なく、意見を付して、その旨を所轄労働基準監督署長に通知すること。

- 1 傷病労働者の所属する事業場の保険関係について、疑わしい事情が認められるとき
- 2 負傷又は疾病の原因又は発生状況について、傷病労働者又はその関係者より聴取した事項と療養給付請求書に記載されている事実との間に、重大な相違が認められるとき
- 3 負傷又は疾病が業務上又は通勤によるものと認めることに疑いのあるとき
- 4 負傷又は疾病の原因が事業主又は労働者の故意又は重大な過失によるものと認められるとき

② 指定医療機関は、傷病労働者等又はその関係者が次の各号の一に該当する場合には、その診療又は証明を拒否するとともに、速やかにその旨を所轄労働基準監督署長又は健康管理手帳及び外科後処置承認決定通知書を交付した都道府県労働局長に通知すること。

- 1 療養の給付、アフターケア若しくは外科後処置を請求した者又はその関係者が詐欺その他不正な行為により、診療を受け若しくは受けようとし又は診療を受けさせ若しくは受けさせようとしたとき
- 2 療養の給付、アフターケア又は外科後処置を請求した者が、正当な事由がないにもかかわらず、診療担当医の診療に関する指示に従わないとき
- 3 不正又は不当な証明を強要したとき

第2章 診療の方針

(診療の一般方針)

第11 診療担当医の診療は、第4及び第12から第14までの規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。

- 1 診察、薬剤又は治療材料の支給、処置、手術、理学療法、その他の治療は、一般に療養上必要があると認められる場合に、必要の程度において行うこと。
- 2 医学上一般に医療効果の不明又は認められない特殊な療法又は新しい療法は、これを行わないこと。

- 3 健康保険法の規定に基づき厚生労働大臣の定めるもの以外の医薬品は、原則として施用し又は処方しないこと。ただし、傷病労働者の病状によりその必要が認められ、かつ、この効果が明らかに期待できると認められる場合には、この限りでないこと。
- 4 収容の指示は、療養上必要があると認められた場合のみ行い、収容を必要とした療養上の理由がなくなったときは、直ちに退院の指示を行うこと。
- 5 アフターケアは、アフターケア実施要領に定める範囲内で行うこと。
- 6 外科後処置は、外科後処置実施要綱に定める範囲内で行うこと。

(転医及び対診)

第12 診療担当医は、傷病労働者等の負傷又は疾病が自己の専門外にわたるものであるとき又はその診療について疑義があるときは、他の指定医療機関に転医させ、又は他の診療担当医の対診を求める等診療について適切な措置を講ずること。

(転医の取扱い)

第13 診療担当医は、傷病労働者が他の医療機関に転医を希望する場合には、当該傷病労働者の診療について、次に掲げる事項を記載した文書を当該傷病労働者又はその関係者に交付し、転医後の医師又は歯科医師に提出するよう指示すること。

- 1 傷病労働者の氏名、年齢及び性別
 - 2 傷病の部位及び傷病名
 - 3 初診時における負傷又は疾病の状態（初診時において既往の身体障害が認められたものについては、その概要も記載すること。）及び傷病の経過の概要（手術又は検査の主要所見と病状の概要）
- ② 診療担当医は、他の医療機関から転医してきた傷病労働者等について、その病状から必要がある場合には、転医前の医療機関に対して当該傷病労働者にかかわる転医前の診療の経過に関する文書を求めるものとする。

(施術の同意)

第14 診療担当医は、傷病労働者の負傷又は疾病が自己の診療行為を必要とする症状であるにかかわらず、みだりに施術業者の施術を受けることに同意を与えてはならない。

第3章 療養の給付に関する診療費の請求

(診療費の算定方法等)

第15 指定医療機関が、療養の給付に関し政府に請求することを得る診療費の額は、別に定めるところにより算定するものとする。

- ② 政府は、指定医療機関から療養の給付に関する費用の請求書が提出されたときは、別に定めるところにより審査を行いこれを支払うものとする。

(診療費の請求手続)

第16 指定医療機関は、第15の規定により算定した毎月分の診療費用の額を労働者災害補償保険

診療費請求書に診療費請求内訳書を添付して、管轄労働局長に提出すること。

ただし、指定医療機関が行った次に掲げる各号の一に該当する診療については、それに要した費用の全部又は一部を支払わない。

- 1 労働者の業務外の負傷又は疾病についての診療
 - 2 労災保険法第12条の2の2の規定により療養の給付の制限を行う旨所轄労働基準監督署長から通知があった後における診療
 - 3 政府が必要と認めるものを超えた診療
- ② 前項本文の規定にかかわらず、船内診療所にあつては、行った診療について、本邦に寄港後、遅滞なく、労働者災害補償保険診療費請求書を管轄労働局長に提出することとする。
- ③ 第1項の労働者災害補償保険診療費請求書及び診療費請求内訳書は、厚生労働省労働基準局長が定めた様式によるものとする。

第4章 アフターケア及び外科後処置に関する委託費の請求

(委託費の算定方法)

第17 指定医療機関が、アフターケア及び外科後処置に関し政府に請求することを得る委託費の額は、別に定めるところにより算定するものとする。

- ② 政府は、指定医療機関からアフターケア及び外科後処置に関する費用の請求書が提出されたときは、別に定めるところにより審査を行いこれを支払うものとする。

(委託費の請求手続)

第18 指定医療機関は、本規程に基づいて行ったアフターケア及び外科後処置に要した費用を請求しようとするときは、第17の規定により算定した毎月分の診療費用の額を、アフターケアについては労働者災害補償保険アフターケア委託費請求書にアフターケア委託費請求内訳書を、外科後処置については外科後処置委託費請求書に内訳書を添付して管轄労働局長に提出すること。

ただし、指定医療機関が行った次に掲げる各号の一に該当する診療については、それに要した費用の全部又は一部を支払わない。

- 1 アフターケアの健康管理手帳に記載された疾病以外の負傷又は疾病についての診療
 - 2 アフターケアの健康管理手帳に記載された疾病に係る政府が必要と認める診療を超えた診療
 - 3 外科後処置承認決定通知書に記載された処置内容以外についての診療
 - 4 外科後処置承認決定通知書に記載された処置内容に係る政府が必要と認める診療を超えた診療
- ② 前項の労働者災害補償保険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及び外科後処置委託費請求書等は、厚生労働省労働基準局長が定めた様式によるものとする。

第5章 指定医療機関の取扱い

(指定期間等)

第19 則第11条の規定による指定医療機関の指定は、指定日から起算して3年を経過したときは

その効力を失うものとする。ただし、指定の効力を失う日前6月より同日前3月までの間に指定医療機関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。

また、医業の廃止、休止又は指定の辞退により指定医療機関としての資格の存続ができなくなったときは、指定医療機関の指定及び指定取消事務準則の別紙様式第7号「労災保険指定医療機関休止・辞退届」により、指定を受けた都道府県労働局長に届け出るものとする。

(表示)

第20 指定医療機関は、則様式第1号又は第2号による標札を見やすい場所に掲げること。

(指定の取消)

第21 指定医療機関が、次の各号の一に該当する場合においては、都道府県労働局長は、その指定を取り消すことができる。

- 1 診療費用の請求に関し、不正行為があったとき
- 2 関係法令及び本規程に違反したとき
- ② 前項により指定の取消しを受けた医療機関の開設者が当該決定に不服のあるときは、決定の通知を受けた日から60日以内に指定取消しを行った都道府県労働局長に再調査を申し出ることができる。

(変更事項の届出)

第22 指定医療機関の開設者は、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指定を行った都道府県労働局長に届け出なければならない。

- 1 指定医療機関の開設者又は管理者に異動があったとき
- 2 名称又は所在地に変更があったとき
- 3 診療科目又は病床数に変更があったとき
- 4 健康保険診療報酬の算定に関する届出事項等に変更があったとき(施設基準に係るものを除く)
- 5 指定申請の際に提出した医療機関施設等概要書に記載した重要事項その他都道府県労働局長が必要と認めた事項に変更があったとき

第6章 その他

(施行期日等)

第23 平成25年4月8日付け基発0408第1号による改正後の本規程は平成25年4月8日から施行する。

ただし、第5第2項及び第16については、施行日前に指定した指定医療機関を含め適用し、指定医療機関の所在地を管轄する都道府県労働局の管内に労災診療被災労働者援護事業補助事業者の地方事務所が存在している間は、なお従前の例による。

指定医療機関の指定及び指定取消事務取扱準則

(平成7年7月25日付け基発第476号)

改正 平成15年3月28日付け基発第 0328005号

改正 平成21年12月28日付け基発 1228第5号

改正 平成23年6月24日付け基発 0624第1号

第1条 指定手続

第2条 指定手続

第3条 指定手続

第4条 指定取消手続

第5条 指定取消手続

第6条 指定又は指定取消に関する公告

第7条 関係書類の整備保存

第8条 指定選考基準

第9条 指定選考基準の特例

別紙様式第1号「労災保険指定医療機関指定申請書」

様式第2号「病院（診療所）施設等概要書」

様式第3号「指定医療機関台帳」

様式第4号「労災保険指定医療機関指定通知書」

様式第5号「労災保険指定医療機関非指定通知書」

様式第6号「労災保険指定医療機関指定取消通知書」

様式第7号「労災保険指定医療機関休止・辞退届」

(指定手続)

第1条 労働者災害補償保険法施行規則（以下「則」という。）第11条の規定に基づく医療機関の指定は、医療機関の開設者から申請があったもののうち指定することが適当と認めた病院又は診療所について行う。

② 前項の指定は、当該医療機関（船舶内に設置された診療所（以下「船内診療所」という。）にあっては当該船舶に係る事業）の所在地を管轄する都道府県労働局長（以下「管轄労働局長」という。）がこれを行う。

第2条 前条の規定により指定を受けることを希望する医療機関の開設者は、様式第1号「労災保険指定医療機関指定申請書」に、次の各号に掲げる書類を添付し、管轄労働局長に提出するものとする。

1 病院にあっては開設許可証、診療所にあっては開設許可証若しくは届書、国の開設する病院若しくは診療所にあっては承認書若しくは通知書のそれぞれの写又はそれぞれの番号及び年月日を記載した文書

2 様式第2号「病院（診療所）施設等概要書」

3 労災保険指定病院等登録（変更）報告書

- 4 知事届出事項に係る届出書（届出番号が記載されているもの）の写
- 5 その他労災診療費の算定に際して必要な事項

第3条 前条の申請書を受理した管轄労働局長は、第8条及び第9条に定める指定選考基準により、指定の適否を調査決定するとともに、速やかにその結果を様式第4号「労災保険指定医療機関指定通知書」又は様式第5号「労災保険指定医療機関非指定通知書」により申請者に通知するものとする。

（指定取消手続）

第4条 管轄労働局長は、労災保険指定医療機関療養担当規程（以下「担当規程」という。）第21の規定により指定医療機関の指定を取り消そうとするとき、又は様式第7号「労災保険指定医療機関休止・辞退届」を受理したときは、様式第6号「労災保険指定医療機関指定取消通知書」により、当該医療機関の開設者に通知を行うものとする。

第5条 指定医療機関の休止又は辞退を希望する指定医療機関の開設者は、様式第7号「労災保険指定医療機関休止・辞退届」を管轄労働局長に提出するものとする。

（指定又は指定取消に関する公告）

第6条 管轄労働局長は、指定医療機関を指定したとき、指定医療機関の指定を取消したとき又は休止若しくは辞退によって指定医療機関でなくなったときは、速やかに則第11条第2項に規定する事項のほか、次の事項を公告するものとする。

- 1 指定をした場合においては、その旨及び指定年月日並びに指定期間
- 2 指定の取消し又は休止若しくは辞退によって指定医療機関でなくなった場合においては、その旨及び取消年月日

（関係書類の整備保存）

第7条 指定医療機関の指定に当たって提出された関係書類等は、様式第3号「指定医療機関台帳」に添付するとともに、常時整備するものとする。

- ② 担当規程第22の規定により指定医療機関の開設者から提出された変更事項の届書、実地調査書その他の関係書類は、前項の台帳に順次添付し、保存するものとする。
- ③ 医療機関の指定又は指定取消に関する帳簿及び書類は、完結の日から2年間保存するものとする。

（指定選考基準）

第8条 指定医療機関の指定に当たっては、次の各号に掲げる要件について選考するものとする。

（一般的要件）

- 1 労災保険診療に関係の深い診療科（以下「関係診療科」という。）の一又は二以上を標榜しているものであること。

（物的要件）

- 2 関係診療科に相応した医療施設及び医療器具等を具備しているものであること。
- 3 原則として患者の収容施設を具備しているものであること。
- 4 何時でも急患に応じる態勢にあるものであること。

(人的要件)

- 5 関係診療科について、臨床経験5年以上の責任医師が存するものであること。
- 6 労災保険に関する一応の知識を有し、その診療について積極的な協力が期待できるものであること。

(過去の実績)

- 7 過去の受診患者数等からみて相当の利用が認められるものであること。ただし、船内診療所についてはこの限りでない。
- 8 当該医療機関又は当該医療機関に従事する医師等に医事に関し過去5年間において不正又は不祥事件等を起こした事例がないものであること。

(診療録等の整備状況に関する要件)

- 9 診療録、レントゲンフィルム、入院日誌その他診療に関する帳簿書類の記録及び保管等が適切に行われているものであること。

(アフターケア)

- 10 アフターケアの任務を含む場合は、アフターケア実施要領の4に定める措置を実施することが可能であること。

(外科後処置)

- 11 外科後処置の任務を含む場合は、外科後処置実施要綱の3に定める処置を実施することが可能であること。

(指定選考基準の特例)

第9条 都道府県労働局長は、管内の事業場又は労働者の住居分布状況、船舶又は船舶内での業務等の特殊性、交通事情、市街地、郡部辺地等を背景とするその他の特殊事情等により、特に指定する必要があると認めるときは、当該医療機関が前条の各号に掲げる要件の一部に該当しない場合であっても指定を行うことができるものとする。

様式第7号

労災保険指定医療機関休止・辞退届

病院（診療所）	名 称	
	所 在 地	

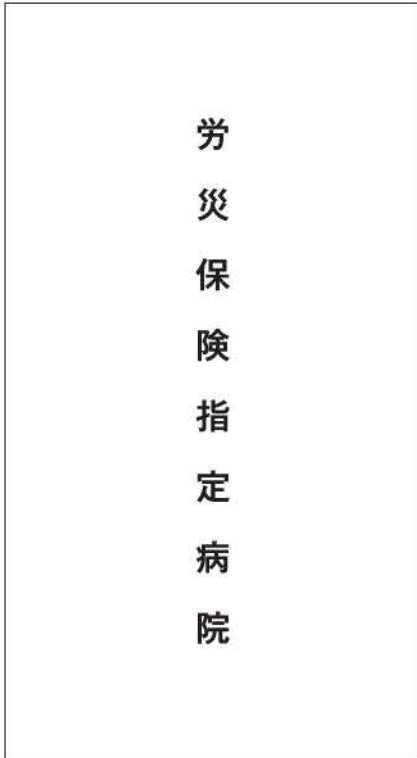
上記の病院（診療所）について、下記の理由により労働者災害補償保険施行規則第11条第1項の規定による病院（診療所）としての指定を休止・辞退したく届出いたします。

休 止 ・ 辞 退 年 月 日	令 和 年 月 日
休 止 ・ 辞 退 す る 理 由	
休 止 予 定 期 間	令 和 年 月 日 ～ 令 和 年 月 日

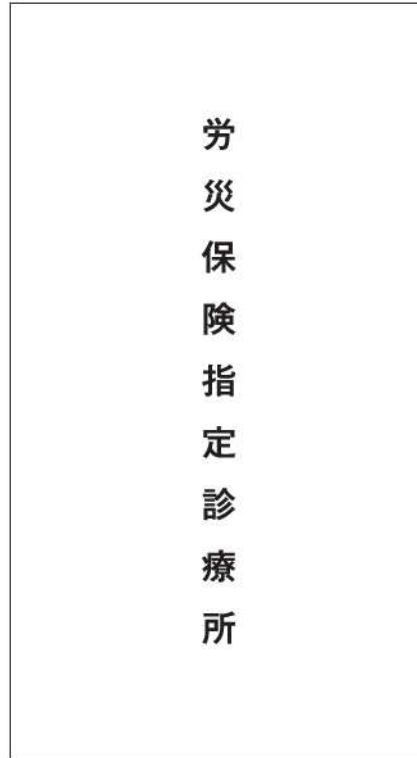
令和 年 月 日

鳥取労働局長 殿

開設者 住所 _____
氏名 _____



(原寸大)



(原寸大)

文字	白
地色	濃紺
横	5.5センチメートル
縦	10センチメートル

労災保険指定医療機関療養担当規程第5章第22の1、2、3関係

診機様式第20号

提出用1/2

			<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%; text-align: center;">課長</td> <td style="width:33%; text-align: center;">係長</td> <td style="width:33%; text-align: center;">係</td> </tr> <tr> <td style="width:33%; text-align: center;">決</td> <td style="width:33%; text-align: center;">裁</td> <td style="width:33%; text-align: center;">裁</td> </tr> </table>	課長	係長	係	決	裁	裁
課長	係長	係							
決	裁	裁							
帳票種別 34561		労災指定病院等登録(変更)報告書							
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。	①指定番号：新規登録の場合は無記入 <input type="text"/>		②指定コード 1…労災指定医療機関のみ 3…二次健診等給付医療機関のみ 5…労災指定医療機関及び二次健診等給付医療機関						
	※新規登録の場合は職員が記入します。		③変更コード 無記入…新規に登録するとき 1…追加(労災指定医療機関又は二次健診等給付医療機関として登録済) 3…登録している内容を変更するとき 5…登録を取消するとき 7…指定取消年月日を取消するとき						
名 称	④医療機関名(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下さい。		⑧形態別 <input type="text"/>						
	⑤(ツヅキ)								
	⑦医療機関名(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下さい。								
	⑧(つづき)								
	⑨代表者の氏名(カタカナ)：姓と名の間は1字あけて記入して下さい。								
郵便番号及び所在地	⑩郵便番号		⑪電話番号：左詰めで記入してください。また、市外局番、市内局番及び番号の間に(-) (ハイフン)を記入してください。						
	⑫所在地(カタカナ)：市郡区から記入して下さい。また、左詰めで右端の枠まで続けて記入して下さい。								
	⑬(ツヅキ)								
	⑭(ツヅキ)								
	⑮所在地(漢字)：左詰めで右端の枠まで続けて記入して下さい。								
指定関係	⑯一括コード (労災指定医療機関) 一括…1 取消…3	⑰一括番号(労災指定医療機関)	⑱指定年月日(労災指定医療機関) 元 年 月 日 ※						
	⑲一括コード2 (二次健診等給付医療機関) 一括…1 取消…3	⑳一括番号2(二次健診等給付医療機関)	㉑指定年月日2(二次健診等給付医療機関) 元 年 月 日 ※	㉒指定取消年月日(労災指定医療機関) 元 年 月 日 ※					
			1～9月は右へ→ 1～9月は右へ→ 1～9日は右へ→ ㉓指定年月日2(二次健診等給付医療機関) 元 年 月 日 ※	1～9月は右へ→ 1～9月は右へ→ 1～9日は右へ→ ㉔指定取消年月日2(二次健診等給付医療機関) 元 年 月 日 ※					
			1～9月は右へ→ 1～9月は右へ→ 1～9日は右へ→	1～9月は右へ→ 1～9月は右へ→ 1～9日は右へ→					
口座関係1(労災診療費)	振込金融機関名		振込店舗名						
	⑳預金種別 普通…1 当座…3 通知…5 別段…7		㉕金融機関コード 店舗コード ※						
	㉖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下さい。								

※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、記入して下さい。

注) 裏面の提出年月日、指定病院等の名称及び代表者の氏名を必ず記名押印又は署名してください。

健康保険診療報酬の算定に関する届出事項等変更届

下記のとおり届けます。		労 災 指 定 番 号				
		3	1			
変更事項	変 更 前	変 更 後				
厚 生 局 へ の 届 出 ・ 承 認						
そ の 他						
変 更 事 由		変更年月日（令和 年 月 日）				

注1 変更のあった事項のみ記載して下さい。

注2 届出・承認については、厚生局の受理通知の（写）を添付して下さい。

令和 年 月 日

住 所
名 称
氏 名

（電話 — — ）

鳥取労働局長 殿

労災診療費等請求用紙 送付依頼書

あて先

鳥取労働局 労働基準部 労災補償課

FAX 0857-23-2365

様式番号	帳票種別	帳票名	請求枚数
診 機	様式第1号	34720 労働者災害補償保険診療費請求書	枚
	様式第2号	34721 診療費請求内訳書(入院用)	枚
	様式第3号	34722 診療費請求内訳書(入院外用)	枚
	様式第4号	34723 診療費請求内訳書(入院用傷)	枚
	様式第5号	34724 診療費請求内訳書(入院外用傷)	枚
			診療費請求内訳書(続紙)
実施要領	様式第5号	37700 アフターケア委託費請求書	枚
	様式第5号の2	37702 アフターケア委託費請求内訳書	枚
	様式第5号の3		アフターケア委託費請求内訳書(続紙)
二 機	様式第1号	38700 労働者災害補償保険二次健康診断等 費用請求書	枚
	様式第2号	38701 二次健康診断等費用請求内訳書	枚

注： ① 日数に余裕をもって依頼してください。

② 帳票の元号記入欄に令和を記載する場合には、「9」を使用してください。

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 _____

医療機関名 _____

担当者名 _____

電話番号 () _____

労災補償制度について

第1 労働者災害補償保険制度の目的

労働者災害補償保険（以下「労災保険」という。）は、労働者の業務災害等や通勤災害に対して、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、業務災害等や通勤災害を被った労働者の社会復帰の促進、当該労働者及びその遺族の援護、適正な労働条件の確保等を図ることにより、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。

第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、業務災害等（業務災害と複数業務要因災害）と通勤災害です。

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傷病で、基本的には**業務遂行性**と**業務起因性**の2つの要件を具備している災害です。

【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、労働者が会社で自分の仕事をしているとき、あるいは会社の命令により出張先で仕事をしたり、その場所への往復等において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で、その業務と発生した傷病との間に相当な因果関係がある場合をいいます。

複数業務要因災害

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。

なお、対象となる傷病等は、脳・心臓疾患や精神障害などです。

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」とは労働者が就業に関し、住居と就業の場所との間を合理的な経路及び方法により往復することをいい、業務の性質を有するものを除くものとされています。

なお、複数就業者の事業場間の移動中の災害と、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、通勤災害になります。

第3 保険給付の種類及び内容

保険給付の種類と内容は次のようなものです。

療養（補償）等 給 付

業務災害等又は通勤災害により負傷し、又は疾病にかかって療養を必要とする場合に支給されるものです。

具体的には、労災指定病院等で診察や薬剤の支給等政府が必要と認めるあらゆる医学的措置の支給等を無料で受けられる現物給付と、労災指定病院以外の病院等で療養した場合に、その療養に要した費用を支給する現金給付とがあります。

また、給付は、傷病が「治ゆ」（症状固定）するまでの間支給されます。

休業（補償）等 給 付

業務災害等又は通勤災害による傷病により、療養のため働くことが出来ず、賃金を受けていない場合に支給されるものです。

ただし、休業の最初の日から3日間（待期期間）については給付されませんので、業務災害の場合のみ、この3日間は事業主が支給しなければならないことになっております。

障害（補償）等 給 付

傷病が「治ゆ」（症状固定）と認められた時に、疼痛・知覚異常や運動麻痺等の神経症状、器質的障害、機能障害等の障害が残ることがありますが、これらの障害が障害等級表に掲げられている障害に該当すると認められる場合に、その程度に応じて支給されるものです。

給付の方法としては、年金給付と一時金給付の2通りありますが、障害の程度に応じ第1級～第7級には年金が、第8級～第14級には一時金が支給されます。

遺族（補償）等 給 付

労働者が業務災害等又は通勤災害により死亡した場合に、その遺族に支給されるものです。

給付は年金を原則としていますが、年金を受ける遺族が全くいない場合は、一時金を受ける受給資格者に対し一時金が支給されます。また、前払一時金の制度もあります。

葬 祭 料 等

業務災害等又は通勤災害により死亡した労働者の葬祭を行った者に対して支給されるものです。

傷病（補償）等 年 金

業務災害等又は通勤災害による傷病により治療を開始してから1年6か月を経過した時点でその症状が傷病等級1級、2級、3級のいずれかに該当するときに年金として支給されるものです。

なお、この場合引き続き療養（補償）等給付は支給されます。

介護（補償）等
給 付

障害（補償）等年金又は傷病（補償）等年金の第1級のすべての者、又は第2級の精神・神経障害及び胸腹部臓器に障害を残す者で、当該年金の支給事由となった障害により、常時又は随時介護を要する状態にある重度被災労働者に対して、介護費用として支給されるものです。

二次健康診断等
給 付

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ついて異常の所見があると診断された場合に、労働者の請求に基づき二次健康診断及び特定保健指導を給付します。

第4 療養の期間及び範囲

療 養 の 期 間

療養の期間は、その傷病について療養が必要と認められる期間、すなわち傷病が治ゆ（症状固定）するまでの間ですが、治ゆ（症状固定）後において、再び療養を必要とするに至った場合は、いわゆる再発として再び療養の給付が行われます。

(1) 治 ゆ

治ゆ（症状固定）とは、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、傷病の状態が安定し、**医学上一般に認められた医療**（注1）を行っても、その**医療効果が期待できなくなった状態**（注2）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見られるに過ぎない場合」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、労災保険では「**治ゆ**」（**症状固定**）と判断することとなっております。

（注1）

「**医学上一般に認められた医療**」とは、労災保険の療養の範囲（基本的には健康保険に準拠）として認められたものをいいます。したがって、実験段階又は研究過程にあるような治療方法は、ここにいう医療には含まれません。

（注2）

「**医療効果が期待できなくなった状態**」とは、その傷病の症状の回復・改善が期待できなくなった状態をいいます。

- ア 負傷の場合は、「創面が治ゆ」し、治療効果が期待できないもの。
- イ 疾病については、「急性症状が消退し慢性症状は持続」しても、医療効果を期待することができないもの。
- ウ 打撲の場合の疼痛消退とかマッサージ療法による一定期間後の症状不変等も治ゆと認定されることがあります。

「症状固定」とは、例えば次のような状態に至ったときをいいます。

例 1

切創若しくは割創の創面がゆ合した場合又は骨折で骨ゆ合した場合であって、たとえ、なお疼痛等の症状が残っていても、その症状が安定した状態になり、その後の療養を継続しても改善が期待できなくなったとき。

例 2

骨ゆ合後の機能回復療法として理学療法を行っている場合に、治療施行時には運動障害がある程度改善されるが、数日経過すると、元の状態に戻るといった経過が一定期間にわたってみられるとき。

例 3

頭部外傷が治った後においても外傷性てんかんが残る場合があり、この時、治療によってそのてんかん発作を完全に抑制できない場合であっても、その症状が安定し、その後の療養を継続してもそれ以上てんかん発作の抑制が期待できなくなったとき。

例 4

外傷性頭蓋内出血に対する治療後、片麻痺の状態が残っても、その症状が安定し、その後の治療を継続しても改善が期待できなくなったとき。

例 5

腰部捻挫による腰痛症の急性症状は消退したが、疼痛などの慢性症状が持続している場合であっても、その症状が安定し、その後の療養を継続しても改善が期待できなくなったとき。

なお、治ゆの時期をこの基準によらず、就労の場所がない或いは就労することができない旨の患者の申し出により、治ゆの時期を引き延ばしたり、又は患者が単に自覚症状を訴えていることをもって漫然と診療を継続することは認められません。

(2) 再 発

労災保険の「再発」とは、最初に発生した傷病の症状が固定し「治ゆ」と認められたものが、年月を経て再び発症し、療養の必要が生じた場合をいいます。

このような場合には、当初の傷病の継続（再発）として療養の給付が行われますが、当初給付を受けた労働基準監督署長の認定を受ける必要があります。

「再発」として再び療養（補償）給付を受けることができるのは、次の要件をいずれも満たす場合です。

療養の範囲

- (1) その症状と当初の業務上または通勤による傷病との間に医学上の相当因果関係があることが認められること
- (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) 療養を行うことにより、その症状の改善が期待できることが医学的に認められること

療養の給付の範囲は、

- ① 診察
- ② 薬剤又は治療材料の支給
- ③ 処置、手術その他の治療
- ④ 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
- ⑤ 病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護
- ⑥ 移送

で、労働者災害補償保険法第13条に定める「政府が認めるもの」となっています。

(1) 診 察

診察には、初診、往診、再診のほか診断に必要な諸検査、X線写真、CT等による診断が含まれます。

(2) 薬剤又は治療材料の支給

薬剤の支給とは、各種の薬剤を支給し投与することをいい、症状に応じてその効果が医学上一般的に認められるものについて行われ、試薬品の投与は含まれません。

治療材料の支給とは、治療上必要な各種材料を支給することをいいます。

(3) 処置、手術その他の治療

包帯の交換、薬液の塗布、患部の洗浄、注射等の処置、各種の切開術、切断術、縫合術等の手術、理学療法等の処置、その他療養上必要な治療をいいます。

(4) 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

「居宅における療養上の管理」とは、在宅患者に対する医師の医学的管理であり、「居宅における療養に伴う世話その他の看護」とは、在宅患者に係る訪問看護のことです。

訪問看護については、労災指定訪問看護事業者が行う看護ですが、その対象者は、業務上の事由又は通勤により療養中のものであって、重度のけい髄・頸髄損傷患者及びじん肺患者等、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者となります。

(5) 病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護
「病院又は診療所への入院」は、療養上必要な場合に認められます。
療養上、必要な場合とは、

- ア 傷病の状態が重篤で、常に医師の監視を要すると認められるとき。
- イ 入院しなければ必要な処置、手術等の治療が行えないと認められるとき。
- ウ 歩行不能又は著しく歩行困難であると認められるとき。
- エ 歩行は可能であるが、通院することにより傷病が悪化する恐れがあると認められるとき。

のいずれかに該当する場合に入院が認められます。

また、「入院の療養に伴う世話その他の看護」とは、入院患者に対する付添看護であり、入院基本料の届出をした医療機関で行われる「特別労災付添看護」が該当します。

「特別労災付添看護」の対象となるものは、神経系統又は胸腹部臓器の傷病で療養しており、その症状が傷病等級第1級の1又は2に該当する以下のものに限定され、それらの対象傷病労働者を常時2名以上収容している医療機関であることが要件となります。

- ア 傷病労働者の症状が重篤であって、絶対安静を必要とし、医師又は看護師が常時監視し、随時適切な処置を講ずる必要がある場合。
- イ 傷病労働者の症状は必ずしも重篤ではないが、手術等により比較的長期間にわたり医師又は看護師の常時監視を要し、随時適切な処置を講ずる必要がある場合。
- ウ 傷病労働者の病状から判断し、常態として体位変換又は床上起座が禁止されているか、又は不可能な場合。
- エ 傷病労働者の病状から判断すると、食事・用便共に自用を弁じ得ないため、常態として介助が必要である場合。

入院は前述のように医学的な立場からみて療養上必要な場合に限り認められ、次のような場合の入院は認められません。

- 患者の個人的な都合による入院、例えば、その患者が単身者であるとかあるいは単に宿舎がないという理由による入院。
- 地理的な事情による入院、例えば、通院に長時間要するとかあるいは交通が不便であるためだけの理由による入院
- 手指等の軽度の負傷で技術的の高度の治療を行う必要のない場合のような入院
- しばしば外泊するような患者の入院
- 患者の強要による入院

入院中の患者が外泊することがしばしばありますが、入院は療養上

必要と認められる場合に限るものであり、原則として入院中の労災患者に外泊を認めることは適当でないばかりでなく、外泊が可能であるような患者は、入院の必要性に疑問があります。

しかしどうしても必要な場合の外泊については、必要最小限の期間に承認を与えることもやむをえないでしょう。

入院期間は医学的な見地から療養上必要と認められる期間に限られるものですから、常に厳正な判断による措置が望まれます。

患者の傷病の状態からみて、もはや入院の必要がないと認められるに至ったときは、直ちにその旨を患者に知らせるとともに診療録に「入院不要告示済み」（年月日）と記入しておく必要があります。

(6) 移 送

移送とは傷病労働者を輸送することをいい、次の場合に保険給付の対象になります。

ア 災害現場等から医療機関への移送

災害現場等から医療機関への移送及び療養中の傷病労働者に入院の必要が生じ、自宅等から医療機関に収容するための移送。

イ 転医等に伴う移送

(ア) 労働基準監督署長の勧告による転医のための移送。

(イ) 主治医の指示による転医又は対診のための移送。

(ウ) 主治医の指示による退院に伴う移送。

ウ 通 院

(ア) 住居地又は勤務地から、原則、片道2 km以上の通院であって、次の①～③のいずれかに該当するもの。

① 同一市町村内の適切な（傷病の診療に適した）医療機関へ通院したとき

② 同一市町村内に適切な医療機関がないため、隣接する市町村内の医療機関へ通院したとき（同一市町村内に適切な医療機関があっても、隣接する市町村内の医療機関の方が通院しやすいとき等も含まれます）

③ 同一市町村及び隣接する市町村内に適切な医療機関がないため、それらの市町村を超えた最寄りの医療機関へ通院したとき

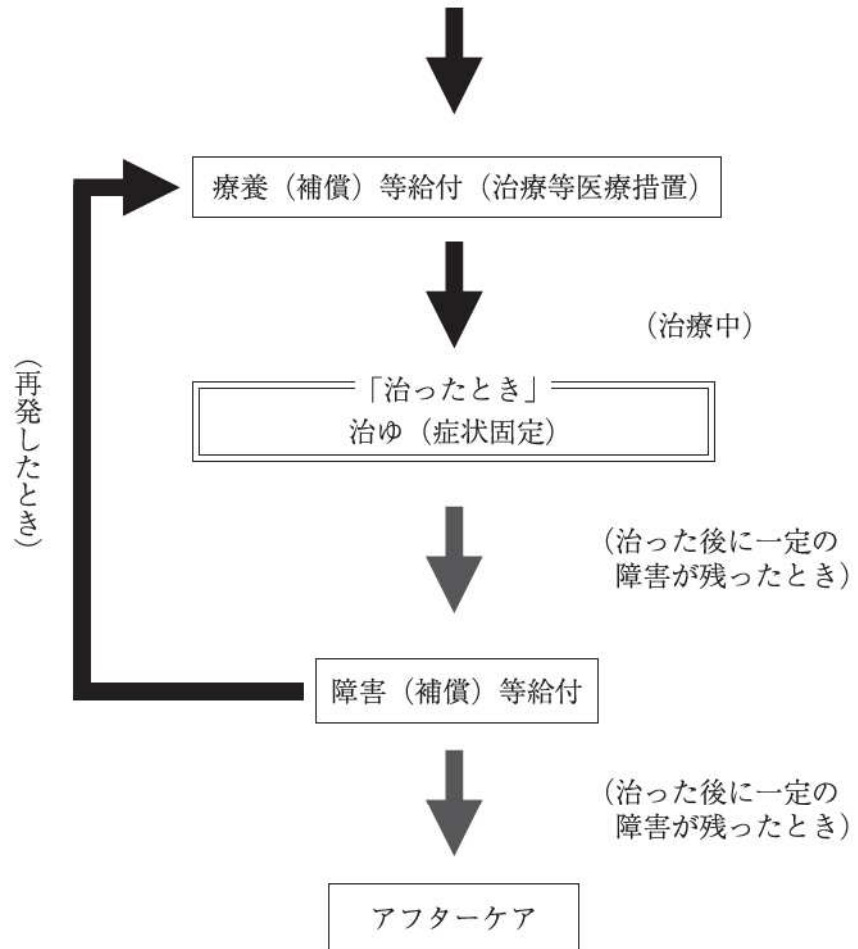
※ 客観的にみて最寄りにその傷病の診療に適した労災指定医療機関等があるにもかかわらず、特別の事情もなく恣意的に当該労災指定医療機関等より遠方の医療機関に通院するような場合の移送費は、支給されません。

(イ) 被災労働者の住居地又は勤務地から片道2 km未満の通院であっても、被災労働者の傷病の状態からみて、交通機関を利用しなければ通院することが著しく困難であると認められる場合には、その診療に適した労災指定医療機関等への通院も対象となります。

〔労災保険の療養に関する給付の流れ〕

労災保険の療養に関する給付の流れは、次のようになっています。

業務災害等・通勤災害



アフターケア制度について

目 次

I	アフターケアとは	107
II	アフターケアの対象傷病名及び傷病コード	107
III	アフターケアの手続	108
IV	アフターケアに要する費用の算定方法	108
V	アフターケア委託費の請求について	111
VI	アフターケア委託費請求にあたっての留意事項	111
VII	健康管理手帳について	115
VIII	傷病別アフターケアについて	116
IX	様式	145
	健康管理手帳	145
	アフターケア委託費請求書	147
	アフターケア委託費請求内訳書	148

I アフターケアとは

アフターケアとは、労災保険の社会復帰促進事業の一環として、被災労働者の労働能力の維持・回復を図り、円滑な社会生活への復帰を援助するものです。

具体的に、傷病の特質から、「治ゆ」（症状固定）後においても後遺症状に動揺を来したり、後遺症状に付随する症状を発症させるおそれがある下記の傷病に罹患した者に対して、予防その他保健上の措置として診察、保健指導、保健のための薬剤の支給等を行うものです。

このアフターケアは、都道府県労働局長が交付する「健康管理手帳」を労災病院、医療リハビリテーションセンター、総合せき損センター及び労災指定医療機関に提示することにより受けることができます。

II アフターケアの対象傷病名及び傷病コード

アフターケア委託費請求内訳書には、対象となるアフターケア傷病コードを記入することとなっていますが、頭頸部外傷症候群等、尿路系障害、慢性肝炎、虚血性心疾患等、脳の器質性障害及び循環器障害に係るアフターケア傷病コードについては各傷病内における区分ごとに番号を付与しています（〔 〕内の番号）ので、該当する傷病コードをアフターケア委託者請求内訳書に記入してください。

傷病コード	傷病名	有効期限	更新	診断書	更新期間	備考	
00	炭鉱災害一酸化炭素中毒	3年	○	○	1年		
01	せき髄損傷	3年	○	×	5年	3級以上	
05	白内障等の眼疾患	2年	○	○	1年		
06	振動障害	2年	○	○	1年		
07	大腿骨頸部骨折及び股関節脱臼・脱臼骨折	3年	○	○	1年		
08	人工関節・人工骨頭置換	3年	○	×	5年		
09	慢性化膿性骨髄炎	3年	○	○	1年		
11	尿路系腫瘍	3年	○	○	1年		
14	外傷による末梢神経損傷	3年	○	○	1年	12級以上	
15	熱傷	3年	○	○	1年	12級以上	
16	サリン中毒	3年	○	○	1年	指定症状	
17	精神障害	3年	○	○	1年	指定症状	
19	呼吸機能障害	3年	○	○	1年		
20	消化器障害	3年	○	○	1年		
頭頸部	21	頭頸部外傷症候群	2年	×	—	×	9級以上
	22	頸肩腕障害					
	23	腰痛					
尿路系	24	尿道狭さく及び尿路変向術後	3年	○	○	1年	
	25	代用膀胱造設後					

肝炎	26	HBe抗原陽性及びC型肝炎ウイルス感染	3年	○	○	1年	
	27	HBe抗原陰性					
虚血性	28	虚血性心疾患	3年	○	○	1年	9級以上
	29	ペースメーカー及び除細動器	3年	○	×	5年	
脳の器質性障害	30	一酸化炭素中毒（00以外）	2年	○	○	1年	9級以上
	31	外傷による脳の器質的損傷					
	32	減圧症					
	33	脳血管疾患	3年	○	○	1年	
34	有機溶剤中毒等						
循環器	35	弁損傷及び心膜病変	3年	○	○	1年	
	36	人工弁置換後	3年	○	×	5年	
	37	人工血管置換後					

Ⅲ アフターケアの手続

アフターケア対象者が受診する際には、その都度、健康管理手帳（145ページ）を医療機関に提出することになっていますので、医療機関において手帳裏面のアフターケア記録欄にその結果を記入してください。

また、アフターケアに要した費用は、アフターケア委託費請求書（147ページ）により、医療機関の所在地を管轄する都道府県労働局長あて請求することにより支払われます。

Ⅳ アフターケアに要する費用の算定方法

費用の算定方法

アフターケアに要する費用の額の算定方法は、労災診療費算定基準（昭和51年1月13日付け基発第72号）に準拠しますが、次の項目に留意して下さい。

なお、労災診療費算定基準及び診療報酬の算定方法（平成18年厚生労働省告示第92号）別表第1医科診療報酬点数表（以下「健保点数表」という。）及び別表第3調剤報酬点数表（以下「調剤点数表」という。）が改定されたときは、改定後の額とします。

1 診察

- (1) 労災診療費算定基準に定める「初診料」又は「再診料」の額若しくは健保点数表に定める「外来診療料」の点数に労災診療費算定基準に定める単価（以下「労災診療単価」という。）を乗じて得た額とします。
- (2) 治癒後、療養を行っていた医療機関において引き続きアフターケアを受ける場合、アフターケアにおける最初の診療については、労災診療費算定基準に定める「再診料」又は健保点数表に定める「外来診療料」を算定します。

- (3) 労災診療費算定基準に定める「初診時ブラッシング料」及び「再診時療養指導管理料」並びに健保点数表に定める「外来管理加算」は、アフターケアにおいては認められません。

2 保健指導

- (1) 健保点数表に定める「特定疾患療養管理料」の点数に労災診療単価を乗じて得た額とします。
- (2) 月2回の算定を限度とします。
- (3) 許可病床数が200床以上の病院においては、算定できません。
- (4) 同一医療機関において、2以上の診療料にわたりアフターケアを受けている場合には、主な対象傷病に係るアフターケアに対してのみ算定します。

3 保健のための処置

- (1) 処置（保健のための薬剤の支給を含む。）については、次に定めるところによるほか、健保点数表に定める点数に労災診療単価を乗じて得た額とします。
- ① 労災則第11条の規程により指定された薬局における薬剤の支給については、調剤点数表により算定した額とします。
- ② 傷病別実施要綱における「精神療法及びカウンセリング」については、健保点数表に定める「通院精神療法」又は「通院集団精神療法」の点数に労災診療単価を乗じて得た額とします。
- なお、当該処置を実施した場合は、保健指導の費用は重ねて算定できません。
- ③ 傷病別実施要綱における「重症痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用埋込型ポンプに再充填する鎮痙薬」の支給については、当該薬剤の費用と併せて健保点数表に定める「重症痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用埋込型ポンプ薬剤再充填」の点数に労災診療単価を乗じて得た額とします。
- (2) 処置(保健のための薬剤の支給を除く。)に伴い、保健のために必要な材料(以下「処置材料」という。)を支給した場合には、医療機関の購入単価を10円で除して得た点数に労災診療単価を乗じて得た額とします。
- (3) 処置材料は、担当医から直接処方され、授与されたものに限られます。よって、たとえ担当医の指示によるものであっても、薬局等から市販のガーゼ、カテーテルなどを対象者が自ら購入するものは、支給の対象となりません。
- (4) 自宅等で使用するためのカテーテルなどの支給に係る費用については、カテーテルなどの材料に係る費用のみを算定できるものであり、健保点数表に定める「在宅自己導尿指導管理料」は算定できません。
- (5) 医療機関は、処置材料を算定する場合には、レセプトの処置料の欄に記載して下さい。

なお、自宅等で交換のために使用する滅菌ガーゼの費用の算定に際しては、褥瘡の詳細、ガーゼの枚数及びサイズ等をレセプトの裏面に記載して下さい。

(6) 傷病別実施要綱に定める薬剤の支給について、鎮痛剤に対する健胃消化薬（抗潰瘍薬を含む。）等医学的に併用することが必要と認められる薬剤を支給する場合には、その費用の算定ができます。

(7) 抗てんかん薬、不整脈用剤（抗不整脈薬）及び健保点数表において特定薬剤治療管理料の対象として認められている向精神薬を継続投与する場合であって、当該薬剤の血中濃度を測定し、その測定結果に基づき当該薬剤の投与量を精密に管理した場合には、健保点数表に定める「特定薬剤治療管理料」の点数に労災診療単価を乗じて得た額により、その費用の算定ができます。

なお、同一の者について1月以内に当該薬剤の血中濃度の測定及び投与量の管理を2回以上行った場合においては、特定薬剤治療管理料は1回とし、第1回の測定及び投与量の管理を行ったときに算定して下さい。

(8) 医療機関は、傷病別実施要綱において「医学的に特に必要と認められる場合に限り実施」するものと定められた処置（保健のための薬剤の支給を含む。）を実施した場合には、レセプトの摘要欄に「特に必要と認められる」理由を具体的に記載して下さい。

4 検査

(1) 検査については、次に定めるところによるほか、健保点数表に定める点数に労災診療単価を乗じて得た額とします。

① 振動障害に係るアフターケアにおける「末梢循環機能検査」、「末梢神経機能検査（神経伝導速度検査を除く。）」及び「末梢運動機能検査」については、昭和56年9月2日付け補償課長事務連絡第40号「労災診療（振動障害）における検査料等の取扱いについて」に定める点数に労災診療単価を乗じて得た額とします。

② 虚血性心疾患に係るアフターケアにおける「ペースメーカー等の定期チェック」については、健保点数表に定める「心臓ペースメーカー指導管理料」の点数に労災診療単価を乗じて得た額とします。

なお、当該定期チェックを実施した場合は、保健指導の費用を重ねて算定することはできません。

③ 炭鉱災害による一酸化炭素中毒に係るアフターケアにおける「検査（健康診断）」については、次に掲げる点数に労災診療単価を乗じて得た額とします。

なお、尿中の蛋白、糖及びウロビリノーゲンの検査並びに赤血球沈降速度及び白血球数の検査については、費用の算定はできません。

① 全身状態の検査	335点
② 自覚症状の検査	
③ 精神及び神経症状の一般的検査	
上記以外の検査	健保点数表による所定の点数

- (2) 検査を行うにあたって使用される薬剤については、健保点数表に定める点数に労災診療単価を乗じて得た額とします。
- (3) 医療機関は、傷病別実施要綱において「医学的に特に必要と認められる場合に限り実施」するものと定められた検査を実施した場合には、レセプトの摘要欄に「特に必要と認められる」理由を具体的に記載して下さい。

V アフターケア委託費の請求について

アフターケアに要した費用の請求に当たっては、前記により算定した毎月分の費用の額をアフターケア委託費請求書に記載の上、鳥取労働局長あて提出することになります。

この請求の際には、アフターケア委託費請求内訳書を1回の診察等ごとに1枚作成し、アフターケア委託費請求書に添付するものとします。

VI アフターケア委託費請求にあたっての留意事項

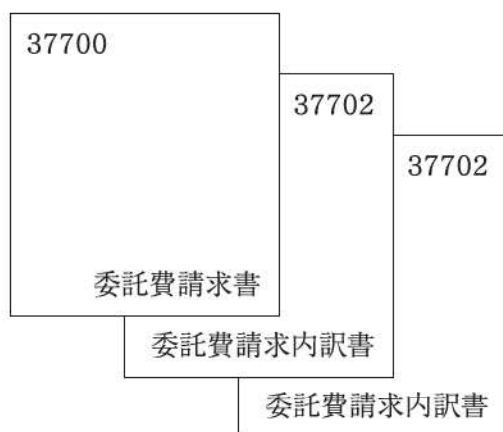
1 アフターケア委託費・内訳書等の提出方法

前月分までの費用の額を、「アフターケア委託費請求書」(実施要領様式第5号)及び「アフターケア委託費請求内訳書」(実施要領様式第5号の2)に記載の上、毎月10日までに鳥取労働局長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を提出する際には、健康管理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。

※アフターケア請求は、診療費請求書及び診療費請求内訳書(レセプト)とは別の様式になっております。

※アフターケアは、電子レセプトでは請求することができませんので、紙レセプトにより請求してください。



→県内、県外を問わず一つに
まとめて健康管理手帳番号
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(実施要領様式第5号)記載上の留意事項
「請求金額」欄 ……………全レセプトの合計金額を記入してください。

また、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（続紙は含みません）。
「請求年」及び「請求月」欄…添付したレセプトのうち最新の受診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……病院又は診療所の住所名称を記入してください。
「代表者氏名」欄 ……代表者の氏名を記入し、捺印してください。
（ご注意）代表者の捺印が洩れているケースが多いので注意してください。
「電話番号」欄 ……病院又は診療所の電話番号（照会連絡先）を記入してください。

(2) アフターケア委託費請求内訳書（実施要領様式第5号の2）記載上の留意事項

- ・内訳書は1回の診療ごとに1枚作成してください。
- ・病院又は診療所の名称を記入してください。
- ・傷病の経過については必ず記入してください。
- ・「医学的に特に必要と認められる場合に限り実施」するものと定められた検査を実施した場合には、レセプトの摘要欄もしくは傷病の経過欄に「特に必要と認められる」理由を具体的に記入してください。

「健康管理手帳番号」欄 ……窓口で確認したアフターケア健康管理手帳の健康管理手帳番号を記入してください。（手帳が更新されると番号が変更されますので確認願います。）

「診察年月日」欄 ……診療年月日を記入してください。
最初の欄には年号の番号を記入してください。

令和：9

「検査年月日」欄 ……検査・画像診断をした年月日を記入してください。
最初の欄には年号の番号を記入してください。

令和：9

※「診察年月日」「検査年月日」は同一日となります。

「前回の検査年月日」欄 ……前回に行った検査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」欄

……アフターケア委託費請求内訳書には、前記Ⅱの該当するアフターケア傷病コードを記入してください。

※委託費請求内訳書の裏面にも傷病コード表があります。

記 載 例 （アフターケア委託費請求書）

実施要領様式第5号

※標準
字体 0123456789

アフターケア委託費請求書

振票種別 3 7 7 0 0	※修正項目番号 	① ※管轄局 / /	② ※受付年月日 7 平成 年 月 日 9 令和 年・月・日はそれぞれ右詰め
③ 指定病院等の番号 3 1 0 0 0 0 0 1		④ 請求金額 金額の頭に¥マークを付けてください。 百 千 円 ¥ ¥ ¥ ¥ 5 6 8 4 0	
⑤ 請求年 7 平成 9 年 4 月 日 9 令和		⑦ 請求月 年 7 月 分	
⑥ 請求年		※修正欄 	
⑤ 内訳書添付枚数 3		※標準 字体 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
⑤ 内訳書の枚数に 続紙は含めない。		⑤ 内訳書の最新の年月を 記入する。	
鳥 取 太 郎 ほ か 2 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 4 年 8 月 7 日			
郵便番号 680 - 8522			
住 所 鳥取市富安2-89-9 (所在地)			
請 求 人 の 名 称 砂 丘 大 山 病 院 (病院又は診療所)			
代表者氏名 院 長 明 智 光 秀			
電話番号 0857 - 29 - 0000			
鳥 取 労 働 局 長 殿			受付印 <div style="border: 1px dashed black; width: 100%; height: 100%;"></div>

※印の欄は記入しないでください。

記載例 (アフターケア委託費請求内訳書)

実施要領様式第5号の2

※標準字体 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

傷病番号によっては、5年(01, 08, 29, 36, 37)、それ以外は1年ごとに更新され枝番号が変わるので必ず対象者の手帳番号を確認のうえ記入する。

アフターケア委託費請求内訳書

① 支払額 百万 千 円 37702	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 0231330001000	③ 診察年月日 令和 9年 04月 07日 14日 年・月・日はそれぞれ右詰め	④ 査定額 増 減 百万 千 円 6842
⑤ 検査年月日 (健康診断年月日) 令和 9年 04月 07日 14日 年・月・日はそれぞれ右詰め	⑥ 増減理由 ⑦ 処理区分 ⑧ 決定年月日 令和 元号 年 月 日	⑨ 合計額 (イ)+④ 百万 千 円 6842	⑩ 検査、⑪ X-P等がある場合に記載 ③と同一年月日
受診者の氏名 鳥取太郎	病院等の名称 砂丘大山病院	対象となるアフターケア傷病コード 33	
表面の表の傷病コードを記入してください。	傷病の経過 薬物投与による経過観察中		
病床数 400床 前回の検査年月日 4年1月15日	診療内訳 点数(点)	診療内訳 金額	金額
初診 再診	初診 年 月 日 円 再診 年 月 日 円	小計 (円)	円
外来診療料 時間外 回 74	小計 (円)	摘要	
投薬 内服薬剤 単位 回数 調剤 単位 回数 外用薬剤 単位 回数 調剤 回数 処方 回数 麻毒 回数 調基 回数	⑫ 外来診療科 74 × 1 ⑩ 検体検査管理加算(I) 40 × 1 血液学的検査判断料 125 × 1 生化学的検査(I)判断料 144 × 1 血液化学的検査(10項目以上) 109 × 1 <12項目> アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ (AST) アラニンアミノトランスフェラーゼ (ALT) ナトリウム及びクロール カリウム 尿酸窒素 クレアチニン 尿酸 総コレステロール 中性脂肪LDL-コレステロール γ-グルタミルトランスフェラーゼ (γ-GT) 血液採取(静脈) 35 × 1	⑪ 処方せん料 (その他) 68 × 1	
注射 皮下筋肉内 回数 静脈内 回数	回数 453	小計 595 点 (イ) 6842 円	
処置 薬剤 回数	回数	小計 595 点 (イ) 6842 円	
麻酔 薬剤 回数	回数	小計 595 点 (イ) 6842 円	
検査 薬剤 回数	回数 5 453	小計 595 点 (イ) 6842 円	
画像診断 薬剤 回数	回数	小計 595 点 (イ) 6842 円	
その他 処方せん料	回数 68	小計 595 点 (イ) 6842 円	

職員記入欄

Ⅶ 健康管理手帳について

被災労働者が都道府県労働局長に申請する「健康管理手帳」の手続きは以下のとおりです。

1 手帳の更新

- (1) 申請の時期 手帳の有効期間が満了する1か月前まで
- (2) 申請先 所属事業場を管轄する都道府県労働局長
- (3) 提出書類 ・健康管理手帳更新・再交付申請書
・アフターケア実施期間の更新に関する診断書（自己負担）

※せき髄損傷、人工関節・人工骨頭置換、虚血性心疾患等（ペースメーカーまたは除細動器を植え込んだ方）、循環器障害（人工弁または人工血管に置換した方）については、診断書は不要です。

2 手帳の返納

次の場合は、交付されている手帳を速やかに都道府県労働局長に返納する必要があります。

- ① 手帳の有効期間が満了したとき
- ② 傷病が再発し、療養（補償）給付を受けることとなったとき
- ③ その他、手帳が不要となったとき、または都道府県労働局長から返還を求められたとき

Ⅷ 傷病別アフターケアについて

〔01〕 せき髄損傷に係るアフターケア

○ 趣 旨

せき髄損傷者は、症状固定後においても尿路障害、褥瘡等の予防その他の医学的措置等を必要とすることがあることから、アフターケアを行うものです。

○ 対 象 者

- ・ 業務災害又は通勤災害によるせき髄損傷者であって、労災保険法による障害等級第3級以上の障害（補償）給付を受けている方又は受けると見込まれる方（症状固定した方に限ります。）のうち、医学的に早期にアフターケアの実施が必要であると認められる方
- ・ 障害等級第4級以下の障害（補償）給付を受けている方であっても、医学的に特に必要と認められる方

○ 措置範囲

- (1) 診 察……原則として1か月に1回程度
- (2) 保 健 指 導……診察の都度
- (3) 保健のための処置

ア 褥瘡処置

医師が必要と認めた場合には、自宅等で交換のために使用する滅菌ガーゼ及び絆創膏を支給することができます。

イ 尿路処置（導尿、膀胱洗浄、留置カテーテル設置・交換を含みます。）

医師が必要と認めた場合には、自宅等で使用するためのカテーテル、留置カテーテル（収尿袋を含みます）、カテーテル用消毒液（洗浄剤及び潤滑剤を含みます。）及び滅菌ガーゼを支給することができます。

ウ 薬剤の支給

- ① 抗菌薬（抗生物質、外用薬を含みます。）
尿路感染者、尿路感染のおそれのある方及び褥瘡のある方を対象とします。
- ② 褥瘡処置用・尿路処置用外用薬
- ③ 排尿障害改善薬及び頻尿治療薬
- ④ 筋弛緩薬（鎮痙薬を含みます。）
重症痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用埋込型ポンプに再充填する鎮痙薬を含みます。
- ⑤ 自律神経薬
- ⑥ 末梢神経障害治療薬
- ⑦ 向精神薬
- ⑧ 鎮痛・消炎薬（外用薬を含みます。）
- ⑨ 整腸薬、下剤及び浣腸薬

(4) 検 査

① 尿検査（尿培養検査を含みます。）	診察の都度、必要に応じて実施
② CRP検査	1年に2回程度
③ 末梢血液一般・生化学的検査 ④ 膀胱機能検査（残尿測定検査を含みます。） 残尿測定検査は、超音波によるものを含みます。 ⑤ 腎臓、膀胱及び尿道のエックス線検査	1年に1回程度
⑥ 損傷せき椎及び麻痺域関節のエックス線、 CT、MRI検査	医学的に特に必要と認められる場合に限り、1年に1回程度

○ 健康管理手帳の有効期間

(1) 新規の交付

交付日から起算して3年間とします。

(2) 更新による再交付

更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して5年間とします。

〔21・22・23〕 頭頸部外傷症候群等に係るアフターケア

○ 趣 旨

頭頸部外傷症候群等の傷病者で、症状固定後においても神経に障害を残す場合は、季節、天候、社会環境等の変化に伴って症状に動揺をおこすことがあることから、アフターケアを行うものです。

○ 対 象 者

- ・ 業務災害又は通勤災害により次の①～③に掲げる傷病に罹患した方で、労災保険法による障害等級第9級以上の障害（補償）給付を受けている方又は受ける見込まれる方（症状固定した方に限ります。）のうち、医学的に早期にアフターケアの実施が必要であると認められる方
 - ① 頭頸部外傷症候群 〔21〕
 - ② 頸肩腕障害 〔22〕
 - ③ 腰痛 〔23〕
- ・ 障害等級第10級以下の障害（補償）給付を受けている方であっても、医学的に特に必要があると認められる方

○ 措置範囲

- (1) 診 察……原則として1か月に1回程度
- (2) 保 健 指 導……診察の都度
- (3) 保健のための処置（薬剤の支給）
 - ① 神経系機能賦活薬
 - ② 向精神薬
頭頸部外傷症候群に限ります。
 - ③ 筋弛緩薬
 - ④ 鎮痛・消炎薬（外用薬を含みます。）
 - ⑤ 循環改善薬（鎮暈薬、血管拡張薬及び昇圧薬を含みます。）
血液の循環の改善を必要とするものに対して必要に応じて支給するものです。
- (4) 検 査

エックス線検査	各傷病について必要と認められる部位について、1年に1回程度
---------	-------------------------------

○ 健康管理手帳の有効期間

交付日から起算して2年間とします。
なお、更新による再交付はできません。

〔24・25〕 尿路障害に係るアフターケア

○ 趣 旨

尿道断裂や骨盤骨折等により、尿道狭さくの障害を残す方及び尿路変向術を受けた方は、症状固定後においても尿流が妨げられることにより腎機能障害や尿路感染症を発症するおそれがあることから、アフターケアを行うものです。

○ 対 象 者

業務災害又は通勤災害により、尿道狭さくの障害を残す方又は尿路変向術を受けた方〔24〕で、労災保険法による障害（補償）給付を受けている方又は受けると見込まれる方（症状固定した方に限ります。）のうち、医学的に早期にアフターケアの実施が必要であると認められる方

○ 措 置 範 囲

- (1) 診 察……原則として1～3か月に1回程度
- (2) 保 健 指 導……診察の都度
- (3) 保健のための処置

ア 尿道ブジー（誘導ブジーを含みます。）

(ア) シャリエ式尿道ブジー第20番が辛うじて通り、時々拡張術を行う必要があるものの回数は、1～4か月に1回程度とします。

(イ) シャリエ式尿道ブジー第16番程度又は第19番程度により拡張術を要するものの回数は、目標番数（通常は20番）に達するまでの3～6か月は週1回程度とし、目標番数に達した後は、1～4か月に1回（尿道の状態の確認のための尿道ブジー）とします。

(ウ) シャリエ式尿道ブジー第15番程度以下のブジーにより拡張術を要するものの回数は、上記(イ)と同様とします。

(エ) 糸状ブジーが辛うじて通るものは、再発として取り扱われるものです。

イ 尿路処置（導尿、膀胱洗浄、留置カテーテル設置・交換を含みます。）

医師が必要と認めた場合には、自宅等で使用するためのカテーテル、留置カテーテル（収尿袋を含みます）、カテーテル用消毒液（洗浄剤及び潤滑剤を含みます。）及び滅菌ガーゼを支給することができます。

ウ 薬剤の支給

①～⑤の薬剤については、尿道ブジー及び尿路処置の実施の都度、必要に応じて1週間分程度支給することができます。

- ① 止血薬
- ② 抗菌薬（抗生物質を含みます。）
- ③ 自律神経薬
- ④ 鎮痛・消炎薬
- ⑤ 尿路処置用外用薬
- ⑥ 排尿障害改善薬及び頻尿治療薬

(4) 検 査

① 尿検査（尿培養検査を含む。）	1 ～ 3 か月に 1 回程度
② 末梢血液一般・生化学的検査 ③ CRP検査	1 年に 2 回程度
④ エックス線検査 ⑤ 腹部超音波検査	1 年に 1 回程度
⑥ CT検査	代用膀胱を造設した方〔25〕に対し、 1 年に 1 回程度

○ 健康管理手帳の有効期間

(1) 新規の交付

交付日から起算して 3 年間とします。

(2) 更新による再交付

更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して 1 年間とします。

〔26・27〕 慢性肝炎に係るアフターケア

○ 趣 旨

慢性肝炎にり患した方で、症状固定後においてもウイルスの持続感染が認められる方は、肝炎の再燃又は肝病変の進行をきたすおそれがあることから、アフターケアを行うものです。

○ 対 象 者

業務災害又は通勤災害によりウイルス肝炎にり患した方で、労災保険法による障害（補償）給付を受けている方又は受けると見込まれる方（症状固定した方に限ります。）のうち、医学的に早期にアフターケアの実施が必要であると認められる方

○ 措置範囲

(1) 診 察

ア HBe抗原陽性の方及びC型肝炎ウイルスに感染している方〔26〕は、原則として1か月に1回程度

イ HBe抗原陰性の方〔27〕は、原則として6か月に1回程度

(2) 保 健 指 導……診察の都度

(3) 検 査

① 末梢血液一般検査	6か月に1回程度
② 生化学的検査	(ア) HBe抗原陽性者及びC型肝炎ウイルス感染者は、1か月に1回程度 (イ) HBe抗原陰性者は、6か月に1回程度
③ 腹部超音波検査	6か月に1回程度
④ B型肝炎ウイルス感染マーカー ⑤ HCV抗体 ⑥ HCV-RNA同定（定性）検査 ⑦ AFP（ α -フェトプロテイン） ⑧ PIVKA-II ⑨ プロトロンビン時間検査 ⑩ CT検査	医学的に特に必要と認められる場合に限ります。

○ 健康管理手帳の有効期間

(1) 新規の交付

交付日から起算して3年間とします。

(2) 更新による再交付

更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して1年間とします。

〔05〕 白内障等の眼疾患に係るアフターケア

○ 趣 旨

白内障等の眼疾患に罹患した方は、症状固定後においても視機能に動揺をきたすおそれがあることから、アフターケアを行うものです。

○ 対 象 者

- ・ 業務災害又は通勤災害による白内障、緑内障、網膜剥離、角膜疾患、眼瞼内反等の眼疾患の傷病者で、労災保険法による障害（補償）給付を受けている方又は受けると見込まれる方（症状固定した方に限ります。）のうち、医学的に早期にアフターケアの実施が必要であると認められる方
- ・ 障害（補償）給付を受けていない方（症状固定した方に限ります。）であっても、医学的に特に必要があると認められる方

○ 措置範囲

- (1) 診 察……原則として1か月に1回程度
- (2) 保 健 指 導……診察の都度
- (3) 保健のための処置

ア 睫毛抜去

眼瞼内反による睫毛乱生のために必要な方に対して行うものです。

イ 薬剤の支給

- ① 外用薬
- ② 眼圧降下薬

- (4) 検 査

<ol style="list-style-type: none">① 矯正視力検査② 屈折検査③ 細隙燈顕微鏡検査④ 前房隅角検査⑤ 精密眼圧測定⑥ 精密眼底検査⑦ 量的視野検査	診察の都度、必要に応じて実施
--	----------------

○ 健康管理手帳の有効期間

- (1) 新規の交付
交付日から起算して2年間とします。
- (2) 更新による再交付
更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して1年間とします。

〔06〕 振動障害に係るアフターケア

○ 趣 旨

振動障害にり患した方は、症状固定後においても季節の変化等に伴い、後遺症状に動揺をきたす場合が見られることから、アフターケアを行うものです。

○ 対 象 者

業務災害による振動障害の傷病者で、労災保険法による障害補償給付を受けている方又は受けると見込まれる方（症状固定した方に限ります。）のうち、医学的に早期にアフターケアの実施が必要であると認められる方

○ 措 置 範 囲

- (1) 診 察……原則として1か月に2～4回程度（寒冷期においては、医師の意見を踏まえその必要とする回数）
- (2) 保 健 指 導……診察の都度
特に身体局所に対する振動刺激を避けるよう努めさせるとともに、防寒・保温、適度の運動の実施、喫煙の禁止等日常生活上の配慮について指導するものとします。
- (3) 保健のための処置
 - ア 理学療法……必要と認められる場合
 - イ 注 射……特に必要と認められる場合、一時的な消炎・鎮痛のために行います。
 - ウ 薬剤の支給
 - ① ニコチン酸薬
 - ② 循環ホルモン薬
 - ③ ビタミンB₁、B₂、B₆、B₁₂、E剤
 - ④ Ca拮抗薬
 - ⑤ 交感神経 α -受容体抑制薬
 - ⑥ 鎮痛・消炎薬（外用薬を含みます。）
- (4) 検 査

<ol style="list-style-type: none">① 末梢血液一般・生化学的検査② 尿検査③ 末梢循環機能検査<ol style="list-style-type: none">(i) 常温下皮膚温・爪圧迫検査(ii) 冷水負荷皮膚温・爪圧迫検査④ 末梢神経機能検査<ol style="list-style-type: none">(i) 常温下痛覚・振動覚検査(ii) 冷水負荷痛覚・振動覚検査(iii) 神経伝導速度検査（遅発性尺骨神経麻痺の場合に限ります。）⑤ 末梢運動機能検査 握力の検査	1年に1回程度
---	---------

⑥ 手関節及び肘関節のエックス線検査	放射線による身体的影響を考慮して必要と認められる方に限り、2年に1回程度
--------------------	--------------------------------------

○ **健康管理手帳の有効期間**

(1) 新規の交付

交付日から起算して2年間とします。

(2) 更新による再交付

更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して1年間とします。

〔07〕 大腿骨頸部骨折及び股関節脱臼・脱臼骨折に係るアフターケア

○ 趣 旨

大腿骨頸部骨折及び股関節脱臼・脱臼骨折の傷病者は、症状固定後においても大腿骨骨頭壊死の発症をきたすおそれがあることから、アフターケアを行うものです。

○ 対 象 者

- ・ 業務災害又は通勤災害による大腿骨頸部骨折及び股関節脱臼・脱臼骨折の傷病者で、労災保険法による障害（補償）給付を受けている方又は受けると見込まれる方（症状固定した方に限ります。）のうち、医学的に早期にアフターケアの実施が必要であると認められる方
- ・ 障害（補償）給付を受けていない方（症状固定した方に限ります。）であっても、医学的に特に必要があると認められる方

○ 措置範囲

- (1) 診 察……原則として3～6か月に1回程度
- (2) 保 健 指 導……診察の都度
- (3) 保健のための処置（薬剤の支給）
鎮痛・消炎薬（外用薬を含みます。）
- (4) 検 査

① 末梢血液一般・生化学的検査 ② エックス線検査	3～6か月に1回程度
③ シンチグラム、CT、MRI等検査	医学的に特に必要と認められる場合に限ります。

○ 健康管理手帳の有効期間

- (1) 新規の交付
交付日から起算して3年間とします。
- (2) 更新による再交付
更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して1年間とします。

〔08〕 人工関節・人工骨頭置換に係るアフターケア

○ 趣 旨

人工関節及び人工骨頭を置換した方は、症状固定後においても人工関節及び人工骨頭の耐久性やルーシング（機械的又は感染）により症状発現するおそれがあることから、アフターケアを行うものです。

○ 対 象 者

業務災害又は通勤災害により、人工関節及び人工骨頭を置換した方で、労災保険法による障害（補償）給付を受けている方又は受けると見込まれる方（症状固定した方に限ります。）のうち、医学的に早期にアフターケアの実施が必要であると認められる方

○ 措 置 範 囲

- (1) 診 察……原則として3～6か月に1回程度
- (2) 保 健 指 導……診察の都度
- (3) 保健のための処置（薬剤の支給）
鎮痛・消炎薬（外用薬を含みます。）
- (4) 検 査

① 末梢血液一般・生化学的検査	3～6か月に1回程度
② エックス線検査	
③ CRP検査	1年に2回程度
④ シンチグラム検査	医学的に特に必要と認められる場合に限ります。

○ 健康管理手帳の有効期間

- (1) 新規の交付
交付日から起算して3年間とします。
- (2) 更新による再交付
更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して5年間とします。

〔09〕 慢性化膿性骨髄炎に係るアフターケア

○ 趣 旨

骨折等により化膿性骨髄炎を併発し、引き続き慢性化膿性骨髄炎に移行した方は、症状固定後においても骨髄炎が再燃するおそれがあることから、アフターケアを行うものです。

○ 対 象 者

業務災害又は通勤災害による骨折等により化膿性骨髄炎を併発し、引き続き慢性化膿性骨髄炎に移行した方であって、労災保険法による障害（補償）給付を受けている方又は受けると見込まれる方（症状固定した方に限ります。）のうち、医学的に早期にアフターケアの実施が必要であると認められる方

○ 措 置 範 囲

- (1) 診 察……原則として1～3か月に1回程度
- (2) 保 健 指 導……診察の都度
- (3) 保健のための処置（薬剤の支給）
 - ① 抗菌薬（抗生物質、外用薬を含みます。）
 - ② 鎮痛・消炎薬（外用薬を含みます。）
- (4) 検 査

① 末梢血液一般・生化学的検査	1～3か月に1回程度
② 細菌検査	診察の都度、必要に応じて実施
③ CRP検査	1年に2回程度
④ エックス線検査	3～6か月に1回程度
⑤ シンチグラム、CT、MRI等検査	医学的に特に必要と認められる場合に限ります。

○ 健康管理手帳の有効期間

- (1) 新規の交付
交付日から起算して3年間とします。
- (2) 更新による再交付
更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して1年間とします。

〔28・29〕 虚血性心疾患等に係るアフターケア

○ 趣 旨

虚血性心疾患にり患した方〔28〕及びペースメーカ又は除細動器（以下「ペースメーカ等」といいます。）を植え込んだ方〔29〕は、症状固定後においても、狭心症、不整脈あるいは心機能障害が残存することが多く、また、植え込んだペースメーカ等は、身体条件の変化や機器の不具合等により不適正な機器の作動が生じるおそれがあることから、アフターケアを行うものです。

○ 対 象 者

(1) 虚血性心疾患にり患した方

- ・ 業務災害により虚血性心疾患にり患した方で、労災保険法による障害等級第9級以上の障害補償給付を受けている方又は受けると見込まれる方（症状固定した方に限ります。）のうち、医学的に早期にアフターケアの実施が必要であると認められる方
- ・ 障害等級第10級以下の障害補償給付を受けている方であっても、医学的に特に必要があると認められる方

(2) ペースメーカ等を植え込んだ方

業務災害又は通勤災害によりペースメーカ等を植え込んだ方で、労災保険法による障害（補償）給付を受けている方又は受けると見込まれる方（症状固定した方に限ります。）のうち、医学的に早期にアフターケアの実施が必要であると認められる方

○ 措 置 範 囲

(1) 診 察

ア 虚血性心疾患にり患した方〔28〕は、原則として1か月に1回程度

イ ペースメーカ等を植え込んだ方〔29〕は、原則として1～3か月に1回程度

(2) 保 健 指 導……診察の都度

(3) 保健のための処置

ア ペースメーカ等の定期チェック

ペースメーカ等のパルス幅、スパイク間隔、マグネットレート、刺激閾値、感度等の機能指標の計測とともに、アフターケア上必要な指導を行うため、6か月～1年に1回程度実施するものとします。

イ 薬剤の支給

- ① 抗狭心症薬
- ② 抗不整脈薬
- ③ 心機能改善薬
- ④ 循環改善薬（利尿薬を含みます。）
- ⑤ 向精神薬

(4) 検 査

ア 虚血性心疾患にり患した方〔28〕

① 末梢血液一般・生化学的検査 ② 尿検査 ③ 心電図検査（安静時及び負荷検査） ④ 胸部エックス線検査	1 か月に 1 回程度
⑤ ホルター心電図検査 ⑥ 心臓超音波検査 ⑦ 心臓核医学検査	医学的に特に必要と認められる場合に 限ります。

イ ペースメーカー等を植え込んだ方〔29〕

① 末梢血液一般・生化学的検査 ② 尿検査 ③ 心電図検査（安静時及び負荷検査）	1 ～ 6 か月に1回程度
④ 胸部エックス線検査	6 か月に 1 回程度
⑤ ホルター心電図検査	1 年に 1 回程度
⑥ 心臓超音波検査 ⑦ 心臓核医学検査	医学的に特に必要と認められる場合に 限ります。

○ 健康管理手帳の有効期間

(1) 新規の交付

交付日から起算して 3 年間とします。

(2) 更新による再交付

ア 虚血性心疾患にり患した方

更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して 1 年間とします。

イ ペースメーカー等を植え込んだ方

更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して 5 年間とします。

〔11〕 尿路系腫瘍に係るアフターケア

○ 趣 旨

尿路系腫瘍にり患した方は、症状固定後においても再発する可能性が非常に高いため定期的な検査が必要となることから、アフターケアを行うものです。

○ 対 象 者

業務に起因する尿路系腫瘍にり患し、労災保険法による療養補償給付を受けている方で、この尿路系腫瘍が症状固定したと認められる方のうち、医学的に早期にアフターケアの実施が必要であると認められる方

○ 措置範囲

(1) 診 察……原則として1か月に1回程度

(2) 保 健 指 導……診察の都度

(3) 保健のための処置（薬剤の支給）

① 再発予防のための抗がん薬

医学的に特に必要と認められる場合にのみ行われ、投与期間は症状固定後1年以内とします。

② 抗菌薬（抗生物質を含みます。）

(4) 検 査

① 尿検査（尿培養検査を含みます。） ② 尿細胞診検査	1か月に1回程度
③ 内視鏡検査 ④ 超音波検査 ⑤ 腎盂造影検査 ⑥ CT検査	3～6か月に1回程度

○ 健康管理手帳の有効期間

(1) 新規の交付

交付日から起算して3年間とします。

(2) 更新による再交付

更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して1年間とします。

〔30・31・32・33・34〕 脳の器質性障害に係るアフターケア

○ 趣 旨

脳に器質的損傷が出現した方で、症状固定後においても精神又は神経に障害を残す方は、季節、天候、社会環境等の変化に伴って症状に動揺をおこすことがあることから、アフターケアを行うものです。

○ 対 象 者

- ・ 業務災害又は通勤災害により次の①～⑤に掲げる傷病に由来する脳の器質性障害が残存した方で、労災保険法による障害等級第9級以上の障害（補償）給付を受けている方又は受ける見込まれる方（症状固定した方に限ります。）のうち、医学的に早期にアフターケアの実施が必要であると認められる方
 - ① 外傷による脳の器質的損傷 〔31〕
 - ② 一酸化炭素中毒（炭鉱災害によるものを除きます。） 〔30〕
 - ③ 減圧症 〔32〕
 - ④ 脳血管疾患 〔33〕
 - ⑤ 有機溶剤中毒等（一酸化炭素中毒（炭鉱災害によるものを含みます。）を除きます。） 〔34〕
- ・ 障害等級第10級以下の障害（補償）給付を受けている方であっても、医学的に特に必要があると認められる方

○ 措置範囲

- (1) 診 察……原則として、症状固定後2年を限度として、1か月に1回程度
- (2) 保 健 指 導……診察の都度
- (3) 保健のための処置

ア 精神療法及びカウンセリング

アフターケアとして実施する精神療法及びカウンセリングは、治療ではなく、後遺症状の増悪を防止するための保健上の措置であることから、その処置内容については、生活指導に重点を置いたものとします。

イ 四肢麻痺等が出現した方については、褥瘡処置及び尿路処置が必要となることから、次の処置及び処置に伴う必要な材料の支給を行うことができます。

① 褥瘡処置

医師が必要と認めた場合には、自宅等で交換のために使用する滅菌ガーゼ及び絆創膏を支給することができます。

② 尿路処置（導尿、膀胱洗浄留置カテーテル設置・交換を含みます。）

医師が必要と認めた場合には、自宅等で使用するためのカテーテル、留置カテーテル（収尿袋を含みます）、カテーテル用消毒液（洗浄剤及び潤滑剤を含みます。）及び滅菌ガーゼを支給することができます。

ウ 薬剤の支給

- ① 神経系機能賦活薬
- ② 向精神薬
- ③ 筋弛緩薬
- ④ 自律神経薬

⑤ 鎮痛・消炎薬（外用薬を含みます。）

⑥ 抗パーキンソン薬

⑦ 抗てんかん薬

外傷性てんかんのある方及び外傷性てんかん発症のおそれのある方に対して支給するものです。

⑧ 循環改善薬（鎮暈薬、血管拡張薬及び昇圧薬を含みます。）

血液の循環の改善を必要とするものに対して必要に応じて支給するものです。

上記のほか、四肢麻痺等が出現した方については、褥瘡処置及び尿路処置が必要となることから、次の薬剤を支給することができます。

① 抗菌薬（抗生物質、外用薬を含みます。）

尿路感染者、尿路感染のおそれのある方及び褥瘡のある方を対象とします。

② 褥瘡処置用・尿路処置用外用薬

③ 排尿障害改善薬及び頻尿治療薬

④ 筋弛緩薬（鎮痙薬を含みます。）

重症痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用埋込型ポンプに再充填する鎮痙薬を含みます。

⑤ 末梢神経障害治療薬

⑥ 整腸薬、下剤及び浣腸薬

(4) 検 査

① 末梢血液一般・生化学的検査 ② 尿検査 ③ 脳波検査 ④ 心理検査	1年に1回程度
⑤ 視機能検査（眼底検査等も含みます。）	1年に1回程度（眼に関する病訴は、対象傷病による調節障害もありますが、業務上の事由又は通勤による疾病以外の疾病等によるものも少なくないため、これとの鑑別上必要な場合に実施するものとします。）
⑥ 前庭平衡機能検査	1年に1回程度（めまい感又は身体平衡障害の病訴のある方に対して必要な場合に実施するものとします。）
⑦ 頭部のエックス線検査	1年に1回程度
⑧ 頭部のCT、MRI等検査	医学的に特に必要と認められる場合に限り、1年に1回程度

上記のほか、四肢麻痺等が出現した者については、褥瘡処置及び尿路処置が必要となることから、必要に応じて次の検査をそれぞれの範囲内で行うことができます。

① 尿検査（尿培養検査を含みます。）	診察の都度、必要に応じて実施
② CRP検査	1年に2回程度
③ 膀胱機能検査（残尿測定検査を含みます。） 残尿測定検査は、超音波によるものを含みます。	1年に1回程度
④ 腎臓、膀胱及び尿道のエックス線検査	
⑤ 麻痺域関節のエックス線、CT、MRI等検査	医学的に特に必要と認められる場合に限り、1年に1回程度

○ **健康管理手帳の有効期間**

(1) 新規の交付

ア 外傷による脳の器質的損傷、一酸化炭素中毒（炭鉱災害によるものを除きます。）及び減圧症にり患した方 **〔31・30・32〕**

交付日から起算して2年間とします。

イ 脳血管疾患及び有機溶剤中毒等（一酸化炭素中毒（炭鉱災害によるものを含みます。）を除きます。）にり患した方 **〔33・34〕**

交付日から起算して3年間とします。

(2) 更新による再交付

更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して1年間とします。

〔14〕 外傷による末梢神経損傷に係るアフターケア

○ 趣 旨

外傷により末梢神経を損傷した方は、症状固定後においても末梢神経の損傷に起因するRSD（反射性交感神経ジストロフィー）及びカウザルギーによる激しい疼痛等の緩和を必要とすることがあることから、アフターケアを行うものです。

○ 対 象 者

業務災害又は通勤災害による外傷により末梢神経損傷に起因し、症状固定後も激しい疼痛が残存する方で、労災保険法による障害等級第12級以上の障害（補償）給付を受けている方又は受けると見込まれる方（症状固定した方に限ります。）のうち、医学的に早期にアフターケアの実施が必要であると認められる方

○ 措置範囲

(1) 診 察……原則として1か月に1～2回程度

(2) 保 健 指 導……診察の都度

(3) 保健のための処置

ア 注 射……1か月に2回を限度として神経ブロックを行うことができます。

（診察の結果、特に疼痛が激しく神経ブロックもやむを得ないと医師が判断した場合に限ります。）

イ 薬剤の支給

① 鎮痛・消炎薬（外用薬を含みます。）

② 末梢神経障害治療薬

(4) 検 査

① 末梢血液一般・生化学的検査 ② 尿検査	1か月に1回程度
③ エックス線検査 ④ 骨シンチグラフィ検査	医学的に特に必要と認められる場合 に限り、1年に2回程度

○ 健康管理手帳の有効期間

(1) 新規の交付

交付日から起算して3年間とします。

(2) 更新による再交付

更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して1年間とします。

〔15〕 熱傷に係るアフターケア

○ 趣 旨

熱傷の傷病者は、症状固定後においても傷痕による皮膚のそう痒、湿疹、皮膚炎等の後遺症状を残すことがあることから、アフターケアを行うものです。

○ 対 象 者

- ・ 業務災害又は通勤災害による熱傷の傷病者で、労災保険法による障害等級第12級以上の障害（補償）給付を受けている方又は受けると見込まれる方（症状固定した方に限ります。）のうち、医学的に早期にアフターケアの実施が必要であると認められる方
- ・ 後遺障害の程度が「男性の外ほうに醜状を残すもの」（障害等級第14級）に該当する方のうち医学的に早期にアフターケアが必要であると認められる方

○ 措置範囲

- (1) 診 察……原則として1か月に1回程度
- (2) 保 健 指 導……診察の都度
- (3) 保健のための処置（薬剤の支給）
外用薬等（抗菌薬を含みます。）
- (4) 検 査

- | | |
|-----------------|---------|
| ① 末梢血液一般・生化学的検査 | 1年に1回程度 |
| ② 尿検査 | |

○ 健康管理手帳の有効期間

- (1) 新規の交付
交付日から起算して3年間とします。
- (2) 更新による再交付
更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して1年間とします。

〔16〕 サリン中毒に係るアフターケア

○ 趣 旨

特に異常な状況下において、強力な殺傷作用を有するサリンに中毒した方は、症状固定後においても、縮瞳、視覚障害、末梢神経障害、筋障害、中枢神経障害、心的外傷後ストレス障害等の後遺症状について増悪の予防その他の医学的措置を必要とすることから、アフターケアを行うものです。

○ 対 象 者

業務災害又は通勤災害（「いわゆる「地下鉄サリン事件」」によりサリンに中毒した方で、労災保険法による療養（補償）給付を受けて、サリン中毒が症状固定した方のうち、次の①～④に掲げる後遺症状によって、医学的に早期にアフターケアの実施が必要であると認められる方

- ① 縮瞳、視覚障害等の眼に関連する障害
- ② 筋萎縮、筋力低下、感覚障害等の末梢神経障害及び筋障害
- ③ 記憶力の低下、脳波の異常等の中枢神経障害
- ④ 心的外傷後ストレス障害

○ 措 置 範 囲

- (1) 診 察……原則として1か月に1回程度
- (2) 保 健 指 導……診察の都度
- (3) 保健のための処置

ア 精神療法及びカウンセリングの実施

(ア) 後遺症状として心的外傷後ストレス障害があると認められる方について、専門の医師による精神療法及びカウンセリングを行うことができます。

(イ) アフターケアとして実施する精神療法及びカウンセリングは、治療ではなく、後遺症状の増悪を防止するための保健上の措置であることから、その処置内容については、生活指導に重点を置いたものとします。

イ 薬剤の支給

- ① 点眼薬
- ② 神経系機能賦活薬
- ③ 向精神薬
- ④ 自律神経薬
- ⑤ 鎮痛・消炎薬（外用薬を含みます。）

(4) 検 査

<ol style="list-style-type: none">① 末梢血液一般・生化学的検査② 尿検査③ 視機能検査（眼底検査を含みます。）④ 末梢神経機能検査（神経伝達速度検査）⑤ 心電図検査⑥ 筋電図検査⑦ 脳波検査⑧ 心理検査	1年に2回程度
--	---------

○ **健康管理手帳の有効期間**

(1) 新規の交付

交付日から起算して3年間とします。

(2) 更新による再交付

更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して1年間とします。

〔17〕 精神障害に係るアフターケア

○ 趣 旨

業務による心理的負荷を原因として精神障害を発病した方は、症状固定後においてもその後遺症状について増悪の予防その他の医学的措置を必要とすることから、アフターケアを行うものです。

○ 対 象 者

業務による心理的負荷を原因として精神障害を発病した方で、労災保険法による療養補償給付を受けて、この精神障害が症状固定した方のうち、次の①～④に掲げる後遺症状によって、医学的に早期にアフターケアの実施が必要であると認められる方

- ① 気分の障害（抑うつ、不安等）
- ② 意欲の障害（低下等）
- ③ 慢性化した幻覚性の障害又は慢性化した妄想性の障害
- ④ 記憶の障害又は知的能力の障害

○ 措置範囲

- (1) 診 察……原則として1か月に1回程度
- (2) 保 健 指 導……診察の都度
- (3) 保健のための処置

ア 精神療法及びカウンセリングの実施

(ア) 後遺症状として気分の障害又は慢性化した幻覚性の障害若しくは慢性化した妄想性の障害があると認められる者については、診察の都度、必要に応じて専門の医師による精神療法及びカウンセリングを行うことができます。

(イ) アフターケアとして実施する精神療法及びカウンセリングは、治療ではなく、後遺症状の増悪を防止するための保健上の措置であることから、その処置内容については、生活指導に重点を置いたものとします。

イ 薬剤の支給

- ① 向精神薬
- ② 神経系機能賦活薬

(4) 検 査

① 心理検査	1年に2回程度
② 脳波検査、CT、MRI検査	
③ 末梢血液一般・生化学的検査	向精神薬を使用している場合に、 1年に2回程度

○ 健康管理手帳の有効期間

- (1) 新規の交付
交付日から起算して3年間とします。
- (2) 更新による再交付
更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して1年間とします。

〔35・36・37〕 循環器障害に係るアフターケア

○ 趣 旨

心臓弁を損傷した方、心膜の病変を残す方及び人工弁又は人工血管に置換した方は、症状固定後においても心機能の低下を残したり、血栓の形成により循環不全や脳梗塞等をきたすおそれがあることから、アフターケアを行うものです。

○ 対 象 者

(1) 心臓弁を損傷した方、心膜の病変の障害を残す方又は人工弁に置換した方〔35・36〕

業務災害又は通勤災害により、心臓弁を損傷した方、心膜の病変の障害を残す方〔35〕又は人工弁に置換した方〔36〕で、労災保険法による障害（補償）給付を受けている方又は受ける見込まれる方（症状固定した方に限ります。）のうち、医学的に早期にアフターケアの実施が必要であると認められる方

(2) 人工血管に置換した方〔37〕

業務災害又は通勤災害により人工血管に置換した方で、症状固定した方のうち、医学的に早期にアフターケアの実施が必要であると認められる方

○ 措置範囲

(1) 診 察……原則として1～3か月に1回程度

(2) 保 健 指 導……診察の都度

(3) 保健のための処置（薬剤の支給）

- ① 抗不整脈薬
- ② 心機能改善薬
- ③ 循環改善薬（利尿薬を含みます。）
- ④ 向精神薬

心臓弁を損傷した者及び人工弁に置換した方に対し支給するものです。

⑤ 血液凝固阻止薬

人工弁又は人工血管に置換した方に対し支給するものです。

(4) 検 査

① 末梢血液一般・生化学的検査	1～6か月に1回程度
② 尿検査	
③ 心電図検査（安静時及び負荷検査）	3～6か月に1回程度
④ エックス線検査	
⑤ 心音図検査	人工弁に置換した方に対し、3～6か月に1回程度
⑥ 心臓超音波検査	人工弁又は人工血管に置換した方に対し、1年に1回程度
⑦ CRP検査	人工弁又は人工血管に置換した方に対し、1年に2回程度

⑧ 脈波図検査	人工血管に置換した方に対し、1年に1回程度
⑨ CT又はMRI検査	人工血管に置換した方に対し、医学的に特に必要と認められる場合に限り ます。

○ **健康管理手帳の有効期間**

(1) 新規の交付

交付日から起算して3年間とします。

(2) 更新による再交付

ア 心臓弁を損傷した方及び心膜の病変を残す方 **〔35〕**

更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して1年間とします。

イ 人工弁又は人工血管に置換した方 **〔36・37〕**

更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して5年間とします。

〔19〕 呼吸機能障害に係るアフターケア

○ 趣 旨

呼吸機能障害を残す方は、症状固定後においても咳や痰等の後遺症状を残すため、その症状の軽減及び悪化の防止を図る必要があることから、アフターケアを行うものです。

○ 対 象 者

業務災害又は通勤災害により呼吸機能障害を残す方で、労災保険法による障害（補償）給付を受けている方又は受けると見込まれる方（症状固定した方に限ります。）のうち、医学的に早期にアフターケアの実施が必要であると認められる方

○ 措置範囲

(1) 診 察……原則として1か月に1回程度

(2) 保 健 指 導……診察の都度

特に喫煙者に対しては、日常生活上の配慮として喫煙の禁止について指導するものとします。
私病であるニコチン依存症の治療を行うことはできません。

(3) 保健のための処置（薬剤の支給）

- ① 去痰薬
- ② 鎮咳薬
- ③ 喘息治療薬
- ④ 抗菌薬（抗生物質を含みます。）
- ⑤ 呼吸器用吸入薬及び貼付薬
- ⑥ 鎮痛・消炎薬（外用薬を含みます。）

(4) 検 査

① 末梢血液一般・生化学的検査 ② CRP検査 ③ 喀痰細菌検査 ④ スパイログラフィー検査 ⑤ 胸部エックス線検査	1年に2回程度
⑥ 血液ガス分析	1年に2～4回程度
⑦ 胸部CT検査	1年に1回程度

○ 健康管理手帳の有効期間

(1) 新規の交付

交付日から起算して3年間とします。

(2) 更新による再交付

更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して1年間とします。

〔20〕 消化器障害に係るアフターケア

○ 趣 旨

消化器を損傷した方で、症状固定後においても、消化吸収障害、逆流性食道炎、ダンピング症候群、腸管癒着、排便機能障害又は膀胱機能障害（以下「消化吸収障害等」といいます。）の障害を残す方は、腹痛や排便機能障害等を発症するおそれがあること、また、消化器ストマ（大腸皮膚瘻、小腸皮膚瘻及び人工肛門）を造設するに至った方は、反応性びらん等を発症するおそれがあることから、アフターケアを行うものです。

○ 対 象 者

業務災害又は通勤災害により、消化吸収障害等を残す方又は消化器ストマを造設した方であって、労災保険法による障害（補償）給付を受けている方又は受けると見込まれる方（症状固定した方に限ります。）のうち、医学的に早期にアフターケアの実施が必要であると認められる方

○ 措 置 範 囲

(1) 診 察……原則として1か月に1回程度

(2) 保 健 指 導……診察の都度

(3) 保健のための処置

ア ストマ処置

イ 外瘻の処置

軽微な外瘻が認められる方に対し、外瘻周辺の反応性びらん等の発症を予防するために実施するものです。

ウ 自宅等で使用するための滅菌ガーゼの支給

エ 薬剤の支給

① 整腸薬、止瀉薬

② 下剤、浣腸薬

③ 抗貧血用薬

④ 消化性潰瘍用薬

逆流性食道炎が認められる場合に支給するものです。

⑤ 蛋白分解酵素阻害薬

⑥ 消化酵素薬

⑦ 抗菌薬（抗生物質、外用薬を含みます。）

⑧ 鎮痛・消炎薬（外用薬を含みます。）

(4) 検 査

① 末梢血液一般・生化学的検査 ② 尿検査	3か月に1回程度
③ 腹部超音波検査 ④ 消化器内視鏡検査（ERCPを含みます。） ⑤ 腹部エックス線検査 ⑥ 腹部CT検査	医学的に特に必要と認められる場合に限ります。

○ **健康管理手帳の有効期間**

(1) 新規の交付

交付日から起算して3年間とします。

(2) 更新による再交付

更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して1年間とします。

〔00〕 炭鉱災害による一酸化炭素中毒に係るアフターケア

○ 趣 旨

炭鉱災害による一酸化炭素中毒にり患した方は、症状固定後においても季節、天候、社会環境等の変化に随伴して精神又は身体の後遺症に動揺をおこすことがあることから、アフターケアを行うものです。

○ 対 象 者

炭鉱災害による一酸化炭素中毒について労災保険法による療養補償給付を受けていた方で、症状固定した方のうち、医学的に早期にアフターケアの実施が必要であると認められる方

○ 措置範囲

(1) 診 察……原則として1か月に1回程度

(2) 保 健 指 導……診察の都度

(3) 保健のための処置（薬剤の支給）

- ① 脳機能賦活薬
- ② 向精神薬
- ③ 筋弛緩薬（鎮痙薬を含みます。）
- ④ 鎮痛薬
- ⑤ 血管拡張薬
- ⑥ 抗パーキンソン薬
- ⑦ 抗痙攣薬
- ⑧ 内服昇圧薬

(4) 検 査（健康診断）

① 全身状態の検査 ② 自覚症状の検査 ③ 精神、神経症状の一般的検査	1年に1回程度
④ 尿中の蛋白、糖及びウロビリノーゲンの検査 ⑤ 赤血球沈降速度及び白血球数の検査 ⑥ 視野検査 ⑦ 脳波検査 ⑧ 心電図検査 ⑨ 胸部エックス線検査 ⑩ CT、MRI検査	①～③の検査の結果、医学的に特に必要と認められる場合に限ります。

○ 健康管理手帳の有効期間

(1) 新規の交付

交付日から起算して3年間とします。

(2) 更新による再交付

更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して1年間とします。

IX 様式

291

<p style="text-align: center;">番号</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; text-align: center;">カナ</td> <td style="border-bottom: 1px dashed black;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">氏名</td> <td></td> </tr> </table> <p>生年月日 <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>住所 <input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/></p> <p>手帳有効期限 <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p style="text-align: right; margin-top: 20px;">_____ 労働局長 印</p>	カナ		氏名		<p>労働保険番号 <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>被災時の所属事業場 名称 <input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/></p> <p>所在地 <input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/></p> <p>被災年月日 <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>療養期間 <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>療養開始 <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>症状固定(治ゆ) <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>障害等級 第 <input style="width: 20px;" type="text"/> 級</p> <p>症状固定(治ゆ)時における障害の部位・状態 <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/></p>
カナ					
氏名					

<p style="text-align: center;">注 意 事 項</p> <div style="height: 200px;"></div>	
---	--

労働者災害補償保険	健康管理手帳番号
<h2 style="margin: 0;">健康 管 理 手 帳</h2>	
<p>交 付</p> <p>有 効 期 限</p> <p>氏 名</p> <p>_____</p>	
<p>厚生労働省</p>	

※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

帳票種別 <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text" value="3"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text" value="7"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text" value="7"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text" value="0"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text" value="0"/>	※修正項目番号 <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> ① ※管轄局 <input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>	② ※受付年月日 令和 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 年 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 月 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 日 年・月・日はそれぞれ右詰め																				
③ 指定病院等の番号 <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>																						
④ 請 求 金 額 <table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%; font-size: small;">百</td> <td style="width: 10%; font-size: small;">千</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%; font-size: small;">円</td> </tr> <tr> <td>¥</td><td>¥</td><td>¥</td><td>¥</td><td>¥</td><td>¥</td><td>¥</td><td>¥</td><td>¥</td><td></td> </tr> </table> 金額の頭に¥マークを付けてください。			百	千							円	¥	¥	¥	¥	¥	¥	¥	¥	¥		⑤ 内訳書添付枚数 <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> 枚
	百	千							円													
¥	¥	¥	¥	¥	¥	¥	¥	¥														
⑥ 請求年 令和 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 年 ⑦ 請求月 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 月分		※修正欄 <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>																				

_____ 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
(病院又は診療所) 名 称 _____

代表者氏名 _____

電話番号 _____

労 働 局 長 殿

受付印

※印の欄は記入しないでください。

アフターケア委託費請求内訳書

職員記入欄

帳票種別 <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>3</td><td>7</td><td>7</td><td>0</td><td>2</td></tr></table>		3	7	7	0	2	修正項目番号 <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	① 支払額 百万 <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 千 <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 円					
3	7	7	0	2									
② 健康管理手帳番号 <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td>西暦年</td> <td>所轄局</td> <td>傷病番号</td> <td>振出番号</td> <td>枝番号</td> </tr> <tr> <td><input style="width: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 20px;" type="text"/></td> </tr> </table>				西暦年	所轄局	傷病番号	振出番号	枝番号	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>
西暦年	所轄局	傷病番号	振出番号	枝番号									
<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>									
③ 診察年月日 令和 <input style="width: 20px;" type="text"/> 年 <input style="width: 20px;" type="text"/> 月 <input style="width: 20px;" type="text"/> 日 <small>年・月・日はそれぞれ右詰め</small>		④ 査定額 + 増 <input style="width: 20px;" type="text"/> 百万 <input style="width: 20px;" type="text"/> 千 <input style="width: 20px;" type="text"/> 円 - 減 <input style="width: 20px;" type="text"/> 百万 <input style="width: 20px;" type="text"/> 千 <input style="width: 20px;" type="text"/> 円											
⑤ 検査年月日 (健康診断年月日) 令和 <input style="width: 20px;" type="text"/> 年 <input style="width: 20px;" type="text"/> 月 <input style="width: 20px;" type="text"/> 日 <small>年・月・日はそれぞれ右詰め</small>		⑥ 増減理由 <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> ⑦ 処理区分 <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> ⑧ 決定年月日 令和 <input style="width: 20px;" type="text"/> 年 <input style="width: 20px;" type="text"/> 月 <input style="width: 20px;" type="text"/> 日											
⑨ 合計額 (イ)+(ロ) <input style="width: 20px;" type="text"/> 百万 <input style="width: 20px;" type="text"/> 千 <input style="width: 20px;" type="text"/> 円		修正欄 <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>											
受診者の氏名		病院等の名称											
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。											
病床数	床	前回の検査年月日	年 月 日										
診 療 内 訳		点 数 (点)											
初 診	時間外	回	円										
再 診	時間外	回	円										
外 来													
診 療 料	時間外	回	円										
保指 費導													
摘 要													
投 薬	内服薬剤	単位											
	調剤	回											
	屯服薬剤	単位											
	外用薬剤	単位											
	調剤	回											
	処方	回											
	麻毒	回											
	調基												
	注 射	皮下筋肉内	回										
		静 脈 内	回										
処 置	薬 剤	回											
麻 酔	薬 剤	回											
検 査	薬 剤	回											
画 診	薬 剤	回											
像 断	薬 剤												
その他													
小 計		点 (イ)	円										

二次健康診断等給付について

1 二次健康診断等給付とは

二次健康診断等給付は、労働安全衛生法第66条第1項または同条第5項但書の規定による健康診断のうち、直近のもの（以下「一次健康診断」という。）において、脳・心臓疾患に関連する一定の項目について異常の所見があると診断された場合に、労働者の請求に基づき、二次健康診断等給付として二次健康診断及び特定保健指導を給付するものです。

2 健診給付医療機関

二次健康診断等給付は、労災病院及び都道府県労働局長が指定する「健診給付医療機関」で受けすることができます。

- ① 指定期間は指定の日から3年間で、健診給付医療機関から別段の申し出がないときには、指定がその都度更新されます。
- ② 次の事由が生じたときには、「労災保険二次健康診断等給付医療機関変更届」（様式第6号）により鳥取労働局長に届け出ることになります。
 - ・ 健診給付医療機関の代表者に異動があったとき
 - ・ 名称または所在地に変更があったとき
 - ・ 指定申請の際に提出した「病院（診療所）施設等概要書」に記載した重要事項その他鳥取労働局長が必要と認めた事項に変更があったとき

3 給付の内容

(1) 要件

- ① 一次健康診断の結果、異常が認められること
一次健康診断において、次のすべての検査項目において「異常の所見」があると診断されていること
 - ア 血圧検査
 - イ 血中脂質検査項目のいずれか1つ以上
 - ・ 低比重リポ蛋白コレステロール（LDLコレステロール）
 - ・ 高比重リポ蛋白コレステロール（HDLコレステロール）
 - ・ 血清トリグリセライド（中性脂肪）
 - ウ 血糖検査
 - エ 腹囲の検査又はBMI（肥満度）の測定
- ② 脳・心臓疾患の症状を有してないこと
- ③ 特別加入者、及び船員保険の対象でないこと

(2) 給付回数等

- ・ 1年度内（4月1日から翌年の3月31日までの間）に1回限り受けることができます。
- ・ 一次健康診断の受診日から3か月以内の請求になります。

(3) 二次健康診断の検査内容

① 空腹時血中脂質検査

空腹時に血液を採取し、食事による影響を排除した低比重リポ蛋白コレステロール（LDLコレステロール）、高比重リポ蛋白コレステロール（HDLコレステロール）及び血清トリグリセライド（中性脂肪）の量により血中脂質を測定する検査

② 空腹時血糖値検査

空腹時に血液を採取し、食事による影響を排除した血中グルコースの量（血糖値）を測定する検査

③ ヘモグロビンA1c（エーワンシー）検査

食事による一時的な影響が少なく、過去1～2か月間の平均的な血糖値を表すとされているヘモグロビンA1cの割合を測定する検査

※ 一次健康診断において、既にヘモグロビンA1c検査を受診していた場合には、二次健康診断給付においては当該検査は支給できません。

④ 負荷心電図検査または胸部超音波検査（心エコー検査）

・負荷心電図検査

階段を上り下りしたり、ベルトコンベアの上を歩くなどの運動により心臓に負荷を加えた状態で、心電図を計測する検査

・胸部超音波検査

超音波探触子を胸壁に当て、心臓の状態を調べる検査

※ 負荷心電図検査及び胸部超音波検査については、いずれか一方の支給に限ります。

なお、負荷心電図検査については「四肢単極誘導及び胸部誘導を含む最低12誘導」により実施すること。

胸部超音波検査については「経胸壁心エコー法」により実施すること。

⑤ 頸部超音波検査（頸部エコー検査）

超音波探触子を頸部にあて、脳に入る動脈の状態を調べる検査

⑥ 微量アルブミン尿検査

尿中のアルブミン（血清中に含まれるタンパク質の一種）の量を精密に測定する検査

※ 一次健康診断において、尿蛋白検査の所見が擬陽性（±）又は弱陽性（+）の場合に限り、二次健康診断等において微量アルブミン尿検査を支給できます。

※ 微量アルブミン尿検査については「定量」により実施すること。

(4) 特定保健指導

特定保健指導については「特定保健指導の実施基準」に基づき実施すること。

二次健康診断の結果に基づき、脳・心臓疾患の発症の予防を図るため医師又は保健師の面接により、次の指導のすべてを行います。

なお、特定保健指導は、二次健康診断の結果、脳・心臓疾患の症状を有していると診断された場合は行いません。

① 栄養指導

適切なカロリーの摂取等食生活上の指針を示す指導

② 運動指導

必要な運動の指針を示す指導

③ 生活指導

飲酒、喫煙、睡眠等の生活習慣に関する指導

(5) 留意事項

① 二次健康診断の検査項目以外の検査及び特定保健指導の指導項目以外の指導を行わないこと

② 二次健康診断の検査項目及び行う特定保健指導は指導項目のすべてを行うこと

- ③ 二次健康診断の検査のうち、胸部超音波検査及び頸部超音波検査、並びに血液及び尿の成分の分析以外については、健診給付医療機関で行うこと

4 給付請求の方法

二次健康診断等給付を受けようとする労働者は、二次健康診断等給付請求書（様式第16号の10の2）に必要事項を記入し、一次健康診断の結果を証明できる書類を添付して、健診給付医療機関を経由して、労働者が所属する事業場を所轄する都道府県労働局長に提出してください。

5 給付費用の請求方法

健診給付医療機関は、算定した毎月分の健診費用の額を記載し、「労働者災害補償保険二次健康診断等費用請求書」（二機様式第1号）に「二次健康診断等費用請求内訳書」（二機様式第2号）及び一次健康診断の結果を証明できる書類を添付して、健診給付医療機関の所在地を管轄する都道府県労働局長に提出してください。

健診費用の算定

健診給付医療機関が二次健康診断等給付に要した費用の額は、次の表により算定します。

検査項目		検査の有無（有：1 無：3）							
⑪	空腹時血中脂質検査	1	1	1	1	1	1	1	1
⑫	空腹時血糖値検査	1	1	1	1	1	1	1	1
⑬	ヘモグロビンA1c検査	1	3	1	3	1	3	1	3
⑭	1 負荷心電図検査 (四肢単極誘導及び胸部誘導を含む最低12誘導)	3	3	3	3	1	1	1	1
	3 胸部超音波検査 (経胸壁心エコー法)								
⑮	頸部超音波検査	1	1	1	1	1	1	1	1
⑯	微量アルブミン尿検査 (定量)	1	1	3	3	1	1	3	3
⑰	1 特定保健指導を行った場合(円)	32,332	30,244	30,700	28,612	26,332	24,244	24,700	22,612
	3 特定保健指導を行わない場合(円)	25,132	23,044	23,500	21,412	19,132	17,044	17,500	15,412

(令和2年8月1日実施分より適用)

<留意事項>

1 ヘモグロビンA1c検査について

一次健康診断において、既にヘモグロビンA1c検査を受診していた場合には、二次健康診断等給付においては当該検査は支給できない。

2 負荷心電図検査及び胸部超音波検査については、いずれか一方の支給に限るものとする。

なお、負荷心電図検査については「四肢単極誘導及び胸部誘導を含む最低12誘導」により実施すること。

胸部超音波検査については、「経胸壁心エコー法」により実施すること。

3 微量アルブミン尿検査について

一次健康診断において、尿検査の結果が疑陽性(±)又は弱陽性(+)の場合に限り、二次健康診断において微量アルブミン尿検査を支給できる。

微量アルブミン尿検査については、「定量」により実施すること。

労働者災害補償保険二次健康診断等費用請求書

帳票種別 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">3 8 7 0 0</div>	※修正項目番号 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	①健康給付病院等の番号 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 9 令和	②※受付年月日 元号 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 年 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 月 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 日 <small>1~9年・月・日はそれぞれ右へ</small>														
③ 請 求 金 額 <table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">百</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">千</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">円</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">¥</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">¥</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">¥</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">¥</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">¥</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">¥</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">¥</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">¥</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">¥</td> </tr> </table> <p style="font-size: small;">金額の頭に¥マークを付けてください。</p>		百	千	円	¥	¥	¥	¥	¥	¥	¥	¥	¥	④内訳書添付枚数 <table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">枚</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">枚</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">枚</td> </tr> </table>	枚	枚	枚
百	千	円															
¥	¥	¥															
¥	¥	¥															
¥	¥	¥															
枚	枚	枚															
⑤請求年 ただし、9 令和 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 年		⑥請求月 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 月分	※修正欄 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>														

※印の欄は記入しないでください。

_____ほか_____名に対する二次健康診断等費用の内訳は、別紙内訳書のとおり。

上記の金額を請求します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

郵便番号 _____

住 所
(所在地) _____

請 求 人 の 名 称
(病院又は診療所) _____

責任者氏名

労働局長 殿 電話番号 _____

受付印

一次健康診断を行った医師が異常の所見がないと診断した項目について、産業医等が異常の所見があると診断した場合、当該産業医等が新たに異常の所見があると診断した項目について、該当するものを○で囲んでください。

イ 血圧

ロ 血中脂質

ハ 血糖値

ニ 腹囲又はBMI(肥満度)

異常の所見があると診断 した産業医等の氏名

[注意]

1 で表示された枠(以下「記入枠」という。)に記入する文字は、光学式文字

読取装置(OCR)で直接読取りを行うので、汚したり、穴をあけたり、必要以上に強く折り曲げたり、のりづけしたりしないでください。

2 記載すべき事項のない欄又は記入枠は空欄のままとし、事項を選択する場合には該当事項を○で囲み(⑨及び⑭から⑳までの事項並びに⑩、⑪、⑫及び⑰の元号については、該当番号を記入枠に記入すること)、※印のついた記入欄には記入しないでください。

3 記入枠の部分は、必ず黒のボールペンを使用し、様式表面右上に記載された「標準字体」にならって、枠からはみ出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入してください。

4 「一次健康診断」とは、直近の定期健康診断等(労働安全衛生法第66条第1項の規定による健康診断又は当該健康診断に係る同条第5項ただし書の規定による健康診断のうち、直近のもの)をいいます。

5 ⑫は、実際に二次健康診断を受診した日(複数日に分けて受診した場合は最初に受診した日)を、また、⑰は、二次健康診断等給付を請求した日(二次健康診断等を医療機関に申し込んだ日)をそれぞれ記入してください。

6 ⑭から⑳までの事項を証明することができる一次健康診断の結果を添えてください。

7 「二次健康診断等実施機関の名称及び所在地」の欄については、実際に二次健康診断等を受診した医療機関の名称及び所在地を記載してください(胸部超音波検査(心エコー検査)又は頸部超音波検査(頸部エコー検査)を別の医療機関で行った場合、当該医療機関については記載する必要はありません。)

8 「労働者の所属事業場の名称・所在地」の欄については、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。

9 「産業医等」とは、労働安全衛生法第13条第1項に基づき当該労働者が所属する事業場に選任されている産業医や同法第13条の2第1項に規定する労働者の健康管理等を行うのに必要な医学に関する知識を有する医師をいいます。

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
			() -