

労災診療費請求等に係るお願い

徳島労働局 労災補償課

1 レセプトの正確な記載

(1)「傷病の部位及び傷病名」欄

- ・ 労災（業務災害、通勤災害、複数業務要因災害（以下、「業務災害等」という。))により発症した傷病（以下「労災傷病」という。）のみを漏れなく記載してください。

労災傷病について、「傷病の部位及び傷病名」欄に記載が無く、「摘要」欄等、他の欄にしか記載されていないケースが見られます。

「傷病の部位及び傷病名」欄に記載されていない場合は、査定となる場合がありますので、ご注意ください。

- ・ 労災傷病以外の原因による傷病名(私病)については記載しないでください。主治医が必要と認めた労災傷病に対し、労災傷病以外の傷病に適応する薬剤を処方した場合は、レセプトの「摘要」欄に必要とした理由を記載してください。なお、支払の可否は、診療委員会へ諮り決定します。
- ・ 処方・検査等に対するレセプト病名は記載しないでください。明らかにレセプト病名と見受けられる検査等については査定となる場合がありますので、ご注意ください。

例

BNP → 心不全の疑い

(2)「傷病の経過」欄

請求されるレセプトの診療月における症状の状態、症状の経過、治療内容、治療効果、療養継続の有無等について、確実に記載してください。

「療養継続中」や「経過観察中」等といった一言のみの記載ではなく、具体的な経過を必ず記入してください。

具体的な経過が記載されていないと、査定する場合がございますので、ご注意ください。

(3) 必要事項の確実な記載（レセプト全般）

レセプトの内容に請求もれや記載もれがあると、原則として査定となります。労災診療費算定基準等をご確認いただき、請求もれや記載もれのないようご注意ください。

健康保険において、「理由」等を摘要欄に記載する診療項目については、必ず記載してください。

⑪初診

- ・ 時間外加算等を算定した場合、来院時刻を記載してください。

⑬指導

- ・ 再診時療養指導管理料について、摘要欄に指導内容を記載してください。
- ・ 診療情報提供料を算定した場合は、医療機関名を記載してください。
(返事(受診行動を伴わない場合)は不可となります。)
- ・ 救急搬送にて来院した場合は、「救急車にて来院」等の記載をしてください。

⑳投薬

- ・ 「デュロキセチン」と「サインバルタ」について
これらの薬の適応として「変形性関節症」があることから、関節内骨折等の骨折の疼痛に対して処方されているケースがみられますが、これらの傷病は「変形性関節症」ではないことから、労災保険では査定となりますのでご注意ください。

㉑処置

- ・ 治療用装具採寸法(J129-3)の留意事項(3)において、「治療用装具採寸法は既製品の治療用装具を処方した場合には原則として算定できない。ただし医学的な必要性から既製品の治療用装具を処方するにあたって既製品の治療用装具を加工するために当該採寸を実施した場合は、診療報酬明細書の摘要欄に医学的な必要性及び加工の内容を記載する」こととされています。

㉕手術・麻酔

- ・ 手術の開始時刻を記載して下さい。
- ・ 手術前後のX-Pの写しと手術詳記又は手術記事を添付してください。
- ・ 手術等において特定保険医療材料等を使用した場合は、「摘要」欄に、商品名及び告示の名称又は通知の名称、規格又はサイズ、材料価格及び使用本数又は個数の順で記載してください。
- ・ 「創傷処理」での麻酔の算定がない場合は、「無麻酔にて施行」、「ステープラー使用」等のコメントを記載してください。
- ・ 指の「創傷処理(筋肉、臓器に達するもの)」の算定の場合には、処理内容について詳細なコメントを記載してください。
- ・ 骨移植術又は植皮術を行った場合は、「採骨部」又は「採皮部」を記入してください。

㉙検査

- ・ 心エコーについては、手術前のルーチン検査は不可。心電図検査での異常があった場合や心臓疾患の既往がある場合はコメントの記載をお願いします。
- ・ HbA1cについては、入院時検査、手術前のスクリーニング検査は不可となります。糖尿病の既往がある場合や検査を必要とするコメントの記載がある場合のみ可としています。
- ・ BNP検査については、入院時検査、手術前のスクリーニング検査は不可となります。

㊦画像診断

- ・ X-P、CT、MRIについては、撮影日時を記載してください。

㊧リハビリテーション

- ・ リハビリテーション料を算定した場合は、起算日を記載してください。
原則 → 「負傷日（発症）」
手術をした場合 → 「手術日」
急性増悪となった場合 → 「急性増悪の診断日」
リハビリのため転医した場合 → 「負傷日」又は「手術日」
- ・ 標準的算定日数を超え、さらに疾患別リハビリテーション料を1月に13単位を超えて行う場合には、リハビリテーション実施計画書ではなく、摘要欄に標準的算定日数を超えて行うべき「必要性・医学的効果等の医学的所見等の記載」又は「労災リハビリテーション評価計画書の添付」が必要です。

㊨入院

- ・ 在宅患者支援病床初期加算、在宅患者支援療養病床初期加算について、負傷当日に自宅での療養がある場合は算定できますが、災害発生現場から直接入院した場合は算定不可となっています。
- ・ 療養病棟入院基本料又は有床診療所療養病床入院基本料を算定した場合は、ADL区分及び医療区分を記載してください。

(5) レセプトの提出時期について

初回請求分のレセプト、療養の給付請求書について、提出が遅延している指定医療機関が見受けられます。提出が遅れますと、以下のような問題が生じます。

- ・ 転医後の指定医療機関から請求されたレセプトについて処理ができません。
- ・ 労働基準監督署（以下「監督署」という。）において、労災と認められるか否かの判断を行いますが、確認・調査対象事案となる場合、労災の請求書（原本）が提出されないと調査の着手ができず、請求人や各関係者への照会時期が遅くなり、調査に支障をきたすことになります。

2 主治医による療養の必要性の判断

労災保険では、原則、主治医による治ゆ（症状固定）の判断を行って頂いております。

しかし、既に主治医により治ゆと判断されている事案のレセプトの「②転帰事由」欄に「3（継続）」と記載されている事案が見られます。

また、「傷病の経過」欄に「経過観察中」等のみ記載されて、長期にわたり療養継続中とされている事案も見られます。

まずは、主治医により、労災保険の「治ゆ（症状固定）」の考え方等を主治医にご理解いただき、療養の必要性（医学的にみて療養が必要と判断される期間）の適正な判断を行っていただき、治ゆ（症状固定）と判断されたものについては、以下のように記載してください。

- ・②「転帰事由」欄・・・「1（治ゆ）」
- ・⑩「療養期間」欄・・・治ゆ（症状固定）日までの期間
- ・「傷病の経過」欄・・・「R○. ○. ○治ゆ」

特に、「⑩療養期間」欄については、その月の途中で治ゆ（症状固定）となっているにもかかわらず、「1日～その月の末日」と記載されているケースが多いので、必ず、治ゆ（症状固定）日までの日付にしてください。

3 薬剤の処方（適正な処方箋の作成）

（1）労災以外の原因による傷病（私病）に対する薬剤の処方

労災以外の原因による傷病（私病）に対する薬剤は、労災保険からは支払いできませんので、労災保険の処方箋に含めないようお願い致します。

労災保険においては、薬局から請求された薬剤費が査定となってしまいますので、ご注意願います。

（2）薬剤数量の適正な処方

薬剤の数量は薬価基準で定められた数量を処方してください。

特に、湿布薬について、以下の点に注意してください。

- ・処方枚数が過剰と判断される請求が少なくありません。

適正な枚数及び日数分を処方下さい。

- ・「傷病部位」及び「傷病部位ごとの処方枚数」等を明確に記載してください。

傷病部位の範囲によっては、1つの部位に対して1回に複数枚使用する必要がある場合もあると思われますので、薬価基準の上限数量を超えて処方される場合は、レセプトの「摘要」欄にその理由を記載しておいてください。

- ・長期収載品の処方又は調剤については、健康保険において令和6年10月より後発医薬品（ジェネリック医薬品）がある先発医薬品（長期収載品）の処方を患者が希望される場合、患者本人が「選定療養による特別の料金」を支払うこととなりましたが、労災保険の取り扱いも健康保険準拠となりました。

4 アフターケア委託費について

（1）目的

業務災害又は通勤災害により、せき髄損傷等の傷病にり患した方にあつては、症状固定後においても後遺症状に動揺をきたす場合が見られること、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、必要に応じて、予防、その他治ゆ後の保健上の措置を行い、円滑な社会生活を営んでいただくことを目的としています。

（2）請求においてのお願い

- ・ 傷病ごとの措置範囲を確認して下さい。

アフターケアは上記の目的のとおり、必要に応じた保健上の措置となりますので、対象傷病と対象傷病ごとの措置範囲が定められています。アフターケアにつ

いても「労災保険指定医療機関診療事務必携」に掲載しておりますので、再確認いただきアフターケア委託費の算定をお願いします。

- ・ アフターケア手帳番号は正しく記載して下さい。

アフターケアを受けようとする者は、実施医療機関等に対してアフターケア手帳を提出することとされており、医療機関においても、その都度、必ずアフターケア手帳番号を確認する必要があります。またアフターケア実施の記録も記載するようになっております。

なお、複数のアフターケア手帳をもっている患者がいますので、アフターケア請求の際、アフターケア手帳番号が対象疾病と合致しているか否かを確認するようお願いいたします。

- ・ 検査及び画像診断料を算定する場合は、レセプトのほぼ中央にある「前回の検査年月日」欄を忘れずに記載してください。
- ・ 医学的に特に必要と認められる場合に限り実施することとなっている検査（CT、MRI等）を算定する場合は、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ください。
- ・ 令和8年6月より、アフターケアの更新にかかり、「アフターケア実施期間の更新に関する診断書」の診断書料について支給できるようになりました。

診断書料の記載については、摘要欄に「診断書料（発行日）、金額」を記載してください。

5 労働基準監督署への協力をお願い

（1）各種給付請求書への証明

① 療養の給付請求書（様式第5号、様式第16号の3）

記載内容に不備や記載漏れ等が確認された場合は、受理される前に、請求書を提出された方への確認をお願いします。

② 療養の費用請求書（様式第7号（1）、様式第16号の5（1））

休業証明（休業（補償）給付請求書）

- ・ 「傷病の部位及び傷病名」欄

私病が記載されているケースが見られますので、労災傷病のみを漏れなく記載していただきますようお願いいたします。

- ・ 医療機関（医師）が記載する欄についても、記載漏れの無いようお願いいたします。

③ 休業証明（休業（補償）給付請求書）

「㉔療養の期間」欄、「㉔療養のため労働することができなかった期間」欄

この二つの欄については、「㉔の証明期間のうち、㉔と認められる期間がどれくらいの期間になるのか」という意味で証明いただく欄です。したがって、「㉔の期間と㉔の期間が合致している」、「㉔の期間が㉔の期間より長い」といった記載内容であれば問題ありません。

しかしながら、「②の期間が③の期間より短い」内容で証明されている場合が見られます。このような内容では、証明内容に「ずれ」が生じ、監督署から照会等を行うこととなりますのでご注意ください。

「③療養のため労働することができなかった期間」欄について

この欄について、主治医から、「被災労働者等から「この期間で証明してほしいと言われたから証明した」との回答がなされた事案がありました。

この欄は、医師が「医学的にみて、療養のため労働することができなかったと認められる期間が、どのくらいの期間か」というご判断のうえ証明いただく欄となっていますので、主治医にご理解いただき、適切な期間の証明をお願いします。

・「診療担当者の証明」欄

休業（補償）給付請求書の「診療担当者の証明」欄の証明年月日については、証明する休業期間の最後の日以降の日を記載してください。

休業（補償）給付は、療養のため労働することができなかった日について請求可能となりますので、証明する休業期間の最後の日より前の日付けで証明することはできません。

④ 診断書（障害(補償)給付請求書）

令和8年6月より、様式が大幅に変更し、全ての部位ごとに、障害等級認定基準に定められた障害の有無の欄が追加されていますので、必要箇所について記載していただくようになりますが、記載漏れがないようにお願いします。

障害の部位、既往歴、既往障害、治癒年月日、相対器官の障害における健側の関節運動範囲等に記載もれが見られます。

なお、アフターケアの必要性欄については、アフターケア制度の対象となる後遺症か否かについて判断の上、記載してください。

（2）意見書等の提出の依頼

労働基準監督署において労災保険給付を行うにあたり、業務上外、療養の必要性、休業の必要性等に関して、主治医の意見書、診療録、画像等が必要となる場合があります。必要に応じて、労働基準監督署から医療機関に対して意見書、診療録(写)等の提出依頼を行う場合がありますので、ご協力をお願い致します。

上記以外にも、労災指定医療機関に対して、労働基準監督署から労災保険に関する依頼があった場合には、適正な労災保険給付のため、ご協力の程、よろしくお願い致します。

労災保険

療養(補償)等給付 の請求手続



 厚生労働省・都道府県労働局・労働基準監督署

労働者が、業務または通勤が原因で負傷したり、病気にかかって療養を必要とするとき、療養補償給付（業務災害の場合）、複数事業労働者療養給付（複数業務要因災害の場合）または療養給付（通勤災害の場合）が支給されます。

療養（補償）等給付には、「療養の給付」と「療養の費用の支給」とがあります。

給付の内容

- 「療養の給付」は、労災病院や労災保険指定医療機関・薬局等（以下「指定医療機関等」といいます）で、無料で治療や薬剤の支給などを受けられます（これを現物給付といいます）。
- 「療養の費用の支給」は、近くに指定医療機関等がないなどの理由で、指定医療機関等以外の医療機関や薬局等で療養を受けた場合に、その療養にかかった費用を支給する現金給付です。

給付の対象となる療養の範囲や期間はどちらも同じです。

療養（補償）等給付は、治療費、入院料、移送費など通常療養のために必要なものが含まれ、傷病が治ゆ（症状固定）するまで行われます。

※「治ゆ」とは

療養（補償）等給付は、傷病が治ゆするまで行われますが、労災保険における「治ゆ」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、傷病の症状が安定し、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）（「症状固定」の状態）をいいます。

したがって、「傷病の症状が、投薬・理学療法等の治療により一時的な回復がみられるにすぎない場合」など症状が残存している場合であっても、医療効果が期待できないと判断される場合には、労災保険では「治ゆ」（症状固定）として、療養（補償）等給付を支給しないこととなっています。

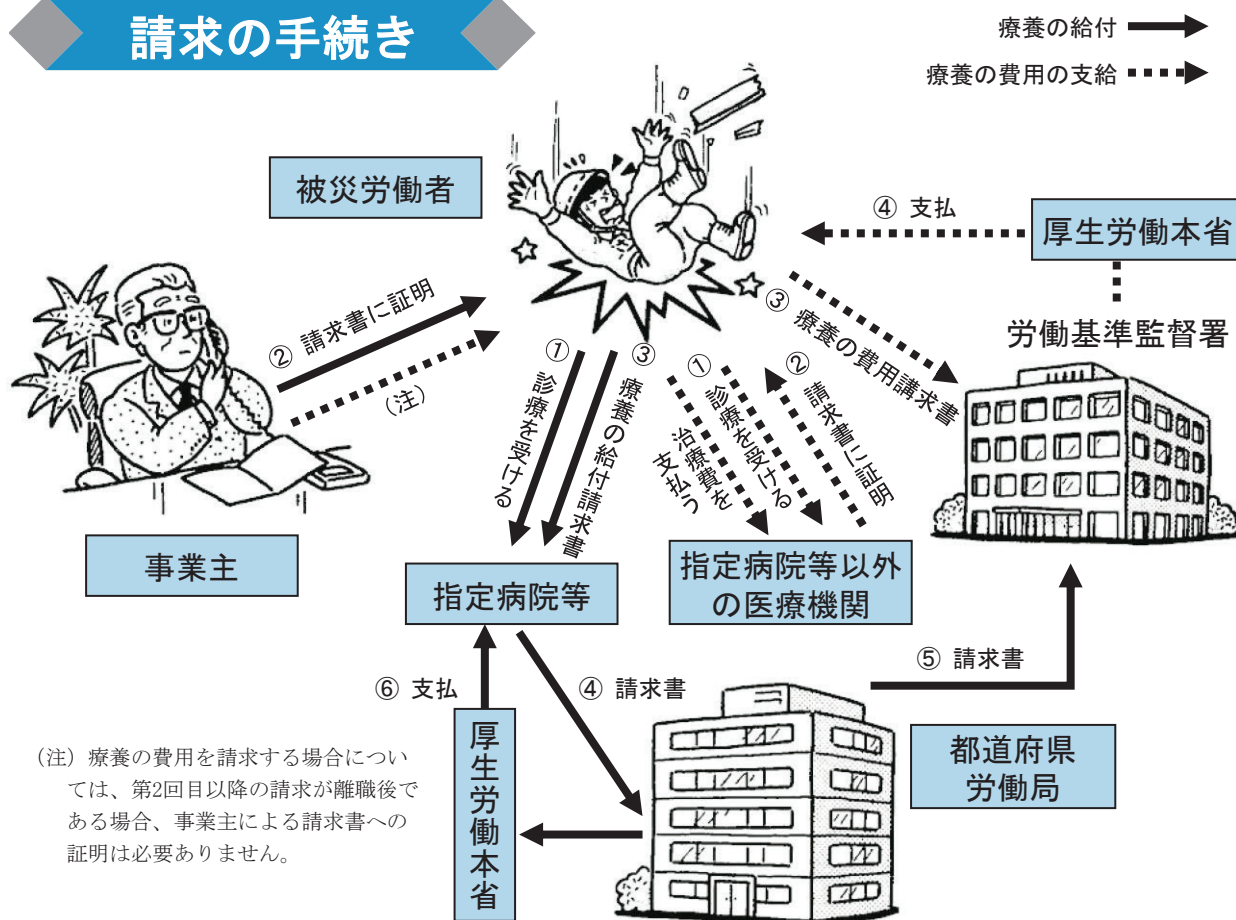
なお、せき髄損傷、頭頸部外傷症候群等、慢性肝炎などの傷病にり患した方に対しては「治ゆ」（症状固定）後においても後遺症状が変化したり、後遺障害に付随する疾病を発症させるおそれがあるので予防その他の保健上の措置として診察、保健指導、保健のための薬剤の支給などを行う「アフターケア」を実施しています。

このアフターケアは、都道府県労働局長が交付する「アフターケア手帳」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、多くの労災保険指定医療機関に提示することにより、無料で受けることができます。

（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、健康保険に準拠しています）として認められたものをいいます。したがって、実験段階または研究的過程にあるような治療方法は、ここにいる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。

請求の手続き



●療養の給付を請求する場合

療養を受けている指定医療機関等を経由して、所轄の労働基準監督署長に、「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)または「療養給付たる療養の給付請求書」(様式第16号の3)を提出してください。

●療養の費用を請求する場合

所轄の労働基準監督署長に、「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)または「療養給付たる療養の費用請求書」(様式第16号の5)を提出してください。

なお、薬局から薬剤の支給を受けた場合には様式第7号(2)または様式第16号の5(2)を、柔道整復師から手当を受けた場合には様式第7号(3)または様式第16号の5(3)を、はり師・きゅう師、あん摩マッサージ指圧師から手当を受けた場合には様式第7号(4)または様式第16号の5(4)を、訪問看護事業者から訪問看護を受けた場合には様式第7号(5)または様式第16号の5(5)を、提出してください。

●指定医療機関等を変更するとき

すでに指定医療機関等で療養の給付を受けている方が、帰郷などの理由で他の指定医療機関等に変更するときは、変更後の指定医療機関等を経由して所轄の労働基準監督署長に、「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)または「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)を提出してください。

※なお、非指定医療機関等で療養を受けている方が、指定医療機関等に変更するときは、様式第6号および様式第16号の4の提出は必要ありません。様式第5号または様式第16号の3をご提出ください。

●被災労働者が様式第7号（様式16号の5）を提出する際に必要な資料

療養の費用は、被災労働者本人が治療などに要した費用を病院などに支払った後に、被災労働者本人に支給する現金給付のため、原則、被災労働者本人が支払ったことが分かる領収書等を添付してください。

その他、必要な添付書類は以下のとおりです。ただし、以下の書類以外にも、必要とする書類を提出していただく場合があります。

こういうときは	添付書類
看護・移送等に要した費用がある場合	その費用についての明細書と看護・移送等をした者の請求書または領収書
はり・きゅうまたはマッサージの施術を受けた場合	(1) はり・きゅうの施術を受けた場合 初療の日及び初療の日から6か月を経過した日の請求書に、医師の診断書を添付してください。また、初療の日から9か月を経過する場合は、はり師またはきゅう師の意見書及び症状経過表、さらに医師の診断書、意見書を添付してください。 (2) マッサージの施術を受けた場合 初療の日及び初療の日から6か月を経過した日並びに6か月を経過した日以降3か月ごとの請求書に、医師の診断書を添付してください。

通院費について

通院費については、被災労働者の居住地または勤務先から、原則、片道2km以上（注1）の通院であって、次の①から③のいずれかに該当する場合に支給対象となります。

- ① 同一市町村内の適切な医療機関（注2）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 同一市町村内にも隣接する市町村内にも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。

（注1）片道2km未満であっても、通院費の支給対象となる場合があります。

（注2）適切な医療機関とは、傷病の診療に適した医療機関をいいます。

請求に関する時効

療養の給付については現物給付であることから、請求権の時効は問題とはなりませんが、療養の費用は、費用の支出が確定した日の翌日から2年を経過すると、時効により請求権が消滅しますのでご注意ください。

療養の給付請求書記入例

様式第5号(労務) 労働者災害補償保険
業務災害費用
就業事故報告書

療養給付及び後遺障害労働者
療養給付たる療養の給付請求書

※ 票紙種別 ①管轄局署 ②業種別 ③保留 ④処理区分 ⑤受付年月日

⑥性別 ⑦年齢 ⑧職業番号記入欄 ⑨扶養番号 ⑩労働保険番号

⑪労働者の生年月日 ⑫負傷又は発病年月日

⑬性(カタカナ)姓と名を別記し文字あけて記入してください。高体・手帳持主として記入してください。
⑭氏名 厚労 太郎 (35歳)
⑮勤務地番 フリガナチヨダクカスミガセキ
⑯住所 千代田区霞が関1-2-2
⑰職 種 鋳物工

⑱災害の原因並びに発生状況
鋳工場内の2階倉庫から1階作業場に通じる階段において、木箱(65×45×20cm)を倉庫から搬出作業中、後ろ向きに階段を下っていたため、足を踏み外し、約1.7m下に転落し、左足首を捻挫した。

⑲指定病院等の名称 ○○病院 電話(000)000-0000
所在地 川崎市高津区千年○○-〇
〒213-XXXX

⑳傷部の部位及び状態 左足関節捻挫
㉑の者については、⑭、⑱及び㉒に記載したとおりであることを証明します。 令和3年5月30日
事業の名称 ○○工業株式会社 電話(000)000-0000
事業場の所在地 川崎市川崎区榎町○○-〇
〒210-XXXX
事業主の氏名 代表取締役 ○○一郎
(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 労働者の所属事業場の名称・所在地について、労働者が直接所属する事業場が一括適用の取扱を受けている場合に、労働者が直接所属する支店、工事現場等を記載してください。
2 派遣労働者について、被雇用者賠償給付を受ける労働者療養給付の請求がなされる場合においては、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。

上記により療養補償給付又は複数事業労働者療養給付たる療養の給付を請求します。 令和3年6月4日
川崎南 労働基準監督署長 殿 印 100-8916 電話(000)000-0000
診療所 経由 請求人の住所 千代田区霞が関1-2-2
訪問看護事業者 氏名 厚労 太郎

支支給決定決議書	署長	副署長	課長	係長	係	決定年月日	.	.
調査年月日	.	.	.	.	.	不支給の理由		
復命書番号	第 号	第 号	第 号	第 号				

この欄は記入しないでください。

この用紙には災害の発生した事業場または主に負荷があったと考える事業場について記載してください。

通勤災害の場合は様式第
16号の3

事故の発生日時または発病の日時を午前・午後を含め正確に記入してください。

災害発生の事実を確認した方の職名、氏名を記入してください。該当者がいない場合は、災害発生の報告を受けた事業場の方の職名、氏名を記入してください。

職種はなるべく具体的に、
作業内容がわかるように
記入してください。

(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
ような物または環境に、
(え)どのような不安全ま
たは有害な状態があつて、
(お)どのような災害が発
生したかをわかりやすく
記入してください。負傷
又は発病年月日と初診日
が異なる場合はその理由
も記入してください。

事業主の証明が必要です。支店長等が事業主の代理人として選任されている場合、当該支店長等の証明を受けてください。ただし、働いていた会社が廃止されている場合や、会社が事業主証明を拒否するなど、事業主証明が得られない場合であっても労災請求はできますので、最寄りの都道府県労働局または労働基準監督署にご相談ください。

直接所属している事業場が
上欄の事業場と異なる（一
括適用の取扱いをしている
支店、工場、工事現場等）
場合に記入します。

直接所属している事業場
を管轄している労働基準
監督署名を記入します。

様式第5号(裏面)

有 ⑧その場合のその位 (ただし表面の事業場を含まない)		②その他就業先の有無 有の場合でいずれかの事業で特別加入している場合の特別加入状況 (ただし表面の事業を含まない)	
無 社		労働保険事務組合又は特別加入団体の名称	
労働保険番号(特別加入)		加入年月日 年 月 日	

複数の事業場で就業されている場合、「有」に○をつけ、事業場数を記入してください。

複数の事業場で就業されている場合で、かつ特別加入している場合に記入してください。

[項目記入にあたっての注意事項]

- 1 記入すべき事項のない欄又は記入枠は空欄のままとし、事項を選択する場合には該当事項を○で囲んでください。(ただし、⑧欄並びに⑨及び⑩欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。)
- 2 ⑬は、災害発生の事実を確認した者(確認した者が多数のときは最初に発見した者)を記載してください。
- 3 傷病補償年金又は複数事業労働者傷病年金の受給権者が当該傷病に係る療養の給付を請求する場合には、⑤労働保険番号欄に左詰めで年金証書番号を記入してください。また、⑨及び⑩は記入しないでください。
- 4 複数事業労働者療養給付の請求は、療養補償給付の支給決定がなされた場合、遡って請求されなかったものとみなされます。
- 5 ②「その他就業先の有無」欄の記載がない場合又は複数就業していない場合は、複数事業労働者療養給付の請求はないものとして取り扱います。
- 6 疾病に係る請求の場合、脳・心臓疾患、精神障害及びその他二以上の事業の業務を要因とすることが明らかな疾病以外は、療養補償給付のみで請求されることとなります。

[その他の注意事項]

この用紙は、機械によって読取りを行いますので汚したり、穴をあけたり、必要以上に強く折り曲げたり、のりづけしたりしないでください。

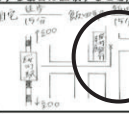
派遣元事業主 証明欄	派遣元事業主が証明する事項(表面の⑭、⑰及び⑱の記載内容について事実と相違ないことを証明します。		
	事業の名称	電話() —	
	年 月 日	事業場の所在地	〒 —
	事業主の氏名 (法人その他の団体であるときはその名称及び代表者の氏名)		

派遣労働者の方で、療養(補償)等給付のみの請求である場合には、派遣元事業主から、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ことの証明を受けてください。

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
			() —

通勤災害の場合

様式第16号の3(裏面)

通勤災害に関する事項	
(イ) 災害時の通勤の種別 (該当する記号を記入)	イ、住居から就業の場所への移動 ロ、就業の場所から住居への移動 ハ、就業の場所から他の就業の場所への移動 ホ、ロに接続する住居間の移動 ニ、イに先行する住居間の移動
(ロ) 負傷又は発病の年月日及び時刻	令和3年 6月 17日 午後 8時 45分頃
(ハ) 災害発生 の場所	飯田市桜町〇丁目 桜町銀行本店前市道
(ホ) 就業開始の予定年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別がイ、ハ又はロに該当する場合は記載すること)	令和3年 6月 17日 午後 9時 00分頃
(ヘ) 住居を離れた年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別がイ、ニ又はホに該当する場合は記載すること)	令和3年 6月 17日 午後 8時 00分頃
(ト) 就業終了の年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別がロ、ハ又はホに該当する場合は記載すること)	年 月 日 午前 時 分頃
(チ) 就業の場所を離れた年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別がロ又はハに該当する場合は記載すること)	年 月 日 午後 時 分頃
(リ) 災害時の通勤の種別に関する移動の通常の経路、方法及び所要時間並びに災害発生の日に住居又は就業の場所から災害発生 の場所に至った経路、方法、所要時間その他の状況	 [通常の通勤所要時間 時間 50分]
(ヌ) 災害の原因及び発生状況 (ア) どのような場所を (イ) どのような方法で移動している際に (ウ) どのような物で又はどのような状況において (エ) どのようにして災害が発生したか (オ) 傷の取組目がある場合はその理由を簡明に 記載すること	JR桜町駅から会社まで徒歩で出勤中、桜町〇丁目桜町銀行本店前の市道で道路の縁石につまづき、転倒し、左手首を骨折した。
(ル) 現 認 者 の 住 所 氏 名	飯田市桜町〇〇 〇〇ヒサ
(ヲ) 転任の事実の有無 (災害時の通勤の種別がニ又はホに該当する場合)	有 ・ 無 (ワ) 転任直前の住居に 係る住所
◎その他就業先の有無 有の場合でいずれかの事業で特別加入している場合は特別加入状況(ただし表面の事業を含まない) 労働保険事務組合又は特別加入団体の名称 社 加入年月日 年 月 日 労働保険番号(特別加入)	

【項目記入に当たっての注意事項】

- 記入すべき事項のない欄又は記入枠は空欄のままとし、事項を選択する場合には当該事項を○で囲んでください。(ただし、⑤欄並びに⑩及び⑪欄の元号については該当番号を記入枠に記入してください。)
- 傷病年金の受給権者が当該傷病にかかる療養の給付を請求する場合には、⑩労働保険番号欄に左側に年金証書番号を記入してください。また、⑩及び⑪は記入しないでください。
- ⑪は、請求人が健康保険の日雇特別被保険者でない場合には記載する必要はありません。
- (ホ)は、災害時の通勤の種別がハの場合には、移動の終点たる就業の場所における就業開始の予定時刻を、ニの場合には、後続するイの移動の終点たる就業の場所における就業開始の予定の年月日及び時刻を記載してください。
- (ト)は、災害時の通勤の種別がハの場合には、移動の起点たる就業の場所における就業終了の年月日及び時刻を、ホの場合には、先行するロの移動の終点たる就業の場所における就業終了の年月日及び時刻を記載してください。
- (チ)は、災害時の通勤の種別がハの場合には、移動の起点たる就業の場所を離れた年月日及び時刻を記載してください。
- (リ)は、通常の通勤の経路を図示し、災害発生 の場所及び災害発生 の日に住居又は就業の場所から災害発生 の場所に至った経路を朱線等を用いて分かりやすく記載するとともに、その他の事項についてもできるだけ詳細に記載してください。

【標準字体記入に当たっての注意事項】

□□□□で表示された記入枠に記入する文字は、光学式文字読取装置(OCR)で直接読取りを行いますので、以下の注意事項に従って、表面の右上に示す標準字体で記入してください。

- 筆記用具は黒ボールペンを使用し、記入枠からはみださないように書いてください。
- 「促音」「よう音」などは大きく書き、濁点、半濁点は1文字として書いてください。

(例) キッテ → キツテ キョ → キヨ バ → ハ

- シツソシは斜の弧を書き始めるとき、小さくカギを付けてください。

- 1 はカギを付けないで垂直に、4 の2本の縦線は上で閉じないで書いてください。

派遣元事業主 証 明 欄	派遣元事業主が証明する事項(表面の⑤並びに(ロ)、(ハ)、(ニ)、(ホ)、(ト)、(チ)、(リ)(通常の通勤の経路及び方法に限る。))及び(ヲ)の記載内容について事実と相違ないことを証明します。	
	事業の名称	電話() -
	事業場の所在地	〒 -
	事業主の氏名	(法人その他の団体であるときはその名称及び代表者の氏名)
社会保険 労働 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

通勤災害の場合に記載します。

災害時の通勤の種別について、該当する記号を記入してください。

通勤の種別により、記入項目が異なります。

災害時の通勤の種別に関する移動の通常の通勤経路、方法、所要時間と、災害発生の日に住居または就業の場所から災害発生 の場所に至った経路、方法、所要時間をわかりやすく記入してください。なお、地図を貼付してそれを書き入れることや、適宜別紙に記載してあわせて提出することも可能です。

どのような場所で、どのような状態で、どのようにして災害が発生したかを、わかりやすく記入してください。負傷又は発病の年月日と初診日が異なる場合はその理由も記入してください。

災害発生 の事実を確認した方の氏名を記入してください。該当者がいない場合は、災害発生 の報告を受けた事業場の方の職名、氏名を記入してください。

複数の事業場で就業されている場合で、かつ特別加入している場合に記入してください。

複数の事業場で就業されている場合、「有」に○をつけ、事業場数を記入してください。

派遣労働者の方で、療養(補償)等給付のみの請求である場合には、派遣元事業主から、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ことの証明を受けてください。

療養の費用請求書記入例

[illegible]

付添看護人を必要とした場合の費用または病院等が遠距離の場合の移送に要した覧用などを記入します。この場合は、要した費用の請求書または領収書などを添えなければなりません。

様式第7号(1)(裏面)

(1) 労働者の 所属事業場の 名称・所在地	〇〇工業株式会社 川崎市川崎区榎町〇-〇	(2) 負傷又は発病の時刻	午後 10 時 40 分頃	(3) 発生発生の 事業を指揮 した者の 氏名 氏名	第一工場長 〇〇 二郎
(7) 災害の原因及び発生状況 (a) どのような場所内で (b) どのような作業をしていたときに (c) どのような物又は液体に (d) どのような不安全又は有害な状態があって (e) どのような災害が発生したか (f) 初動日誌が最も適切な理由を詳細に記入すること					
鯖物工場内の2階倉庫から1階作業場に通じる階段において、 木箱(65×45×20cm)を倉庫から搬出作業中、後ろ向きに階段を下って いたため、足を踏み外し、約1.7m下に転落し、左足首を捻挫した。					

(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
な物または環境に、(え)ど
のような不安または有害
な状態があって、(お)どの
ような災害が発生したかを
わかりやすく記入してくだ
さい。負傷又は発病年月日
と初診日が異なる場合はそ
の理由も記入してください。

療養の内訳及び金額				点数(点)		診療内容		金額		摘要		
初診	時間外・休日・深夜					初診		円				
再診	外来診療科	×	回			再診		円				
	継続管理加算	×	回			指導		円				
	外来管理加算	×	回			その他		円				
	時間外	×	回									
	休日	×	回									
	深夜	×	回									
指導						食事(基準)		円× 日間		円		
在宅	往診		回					円× 日間		円		
	夜間		回					円× 日間		円		
	緊急・深夜		回									
	在宅患者訪問診療		回			小計		円				
	その他											
	薬剤		回			摘要						
投薬	内服 薬剤		単位									
	調剤	×	回									
	点滴 薬剤		単位									
	外用 薬剤		単位									
	調剤	×	回									
	処方	×	回									
手術			回									
注射	皮下筋肉内		回									
	静脈内		回									
処置	その他		回									
	薬剤		回									
手術			回									
麻酔			回									
検査			回									
画像診断	薬剤		回									
	その他	処方せん	回									
	薬剤											
	その他	処方せん	回									
入院	入院年月日			年	月	日						
	病・診・衣	入院基本料・加算		×	日間							
				×	日間							
				×	日間							
				×	日間							
				×	日間							
	特定入院料・その他											
小計	点 ①			円		合計金額 ①+②		円				

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

有
無

	その他の労働先が有無		
有 無	有の場合のその数 ただし表面の事業を含まな 社		
有の場合 について かの事業 で特別加 入してい る場合の 特別加入 状況（た だし表 面の事業 を含まな い）	労働関係法第8条又は 特別加入団体の名称		
	加入年月日	年	月 日
労働保険番号（特別加入）			

複数の事業場で就業されている場合、「有」に○をつけ、事業場数を記入してください。

複数の事業場で就業されている場合で、かつ特別加入している場合に記入してください。

派遣元事業主が証明する事項(表面の①並びに(ウ)及び(フ)の記載内容について事実と相違ないことを証明します。)	年 月 日	事業主の氏名	登録() 一
		事業場の所在地	二
		事業主の氏名	
	(注)①の②の箇所であつては以下のとおり記入(派遣者の氏名)		

社会保険 労務士 記載欄	作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示	氏 名	電 話 番 号
			() —

派遣労働者の方で、療養（補償）等給付のみの請求である場合には、派遣先事業主から、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ことの証明を受けてください。

指定医療機関等を変更するとき

様式第6号(裏面)

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

令和3年 8 月 9 日

住所 千代田区霞が関1-2-2

届出人の氏名 厚労 太郎

※変更前の医療機関が非指定医療機関である場合など、初めて指定医療機関を受診する際は、様式第6号及び様式第16号の4ではなく、様式第5号または様式第16号の3をご提出ください。

通勤災害の場合は様式第16号の4

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(変更)の届付けます。

① 労働保険番号					③ 氏名		④ 負傷又は発病年月日	
府県	所掌	管轄	基幹番号	枝番号	氏名	厚労 太郎 (男・女)	令和3年 7 月 4 日	
13	1	07	987654	000	生年月日	昭和00年 11 月 10 日 (00歳)	午前(後) 4 時00分頃	
② 年金証書の番号					住所		職種	
管轄局	種別	西暦年	番号		千代田区霞が関1-2-2			
					職種		プレス工	
⑤ 災害の原因及び発生日時								
(あ)どのような場所で(い)どのような作業をしていたときに(う)どのような物又は環境に(え)どのような不安全又は有害な状態があった(お)どのような災害が発生したかを簡明に記載すること。								
プレス工場において材料(重たい鉄板、重量約70kg)を同僚と2人で運搬し、プレス機の前の床におろす際、あやまって手をすべらせて、持っていた鉄板とコンクリートの床面との間に左手第2・3指をはさまれて負傷した。								
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 ○○工業株式会社								
〒167-×××× 電話(00)0000-0000								
事業場の所在地 杉並区井草○-○								
事業主の氏名 代表取締役 ○○良助								
(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	○○北病院					
	所在地	杉並区井草○-○-○						
	変更後の	名称	△△病院					
	所在地	渋谷区代々木○-○						
	変更理由	通院療養のため、自宅からの距離が短い病院にかえたため。						
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	左手示指基節骨々折、左手中指挫傷						

事故の発生日時または発病の日を正確に記入してください。

職種はなるべく具体的に、作業内容がわかるように記入してください。

(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)どのような物または環境に、(え)どのような不安全または有害な状態があった、(お)どのような災害が発生したかをわかりやすく記入してください。

事業主の証明が必要です。支店長等が事業主の代理人として選任されている場合、当該支店長等の証明を受けてください。ただし、離職後に届ける場合には、必要ありません。また、働いていた会社が廃止されている場合や、会社が事業主証明を拒否するなど、事業主証明が得られない場合であっても労災請求はできますので、最寄りの都道府県労働局または労働基準監督署にご相談ください。

傷病補償年金また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を記入してください。

様式第 6 号 (裏面)

⑨ 其他就業先の有無	
有 有の場合のその数 (ただし表面の事業場を含まない) 社	有の場合でいずれかの事業で特別加入している場合の特別 加入状況 (ただし表面の事業を含まない) 労働保険事務組合又は特別加入団体の名称
無	
労働保険番号 (特別加入)	加入年月日 年 月 日

複数の事業場で就業されている場合、「有」に○をつけ、事業場数を記入してください。

〔注意〕

- 記入すべき事項のない欄又は記入枠は空欄のままとし、事項を選択する場合には該当事項を○で囲むこと。
- 傷病補償年金又は複数事業労働者傷病年金の受給権者が当該傷病に係る療養に関しこの届書を提出するときは
 - ①、④及び⑥は記載する必要がないこと。
 - 事業主の証明は受ける必要がないこと。
- 傷病補償年金又は複数事業労働者傷病年金の受給権者が当該傷病に係る療養に関しこの届書を提出する場合以外の場合で、その提出が離職後であるときには事業主の証明は受ける必要がないこと。
- 複数事業労働者療養給付の届出は、療養補償給付の支給決定がなされた場合、遡って届出されなかったものとみなすこと。
- ⑨「其他就業先の有無」欄の記載がない場合又は複数就業していない場合は、複数事業労働者療養給付の届出はないものとして取り扱うこと。
- 疾病に係る請求の場合、脳・心臓疾患、精神障害及びその他二以上の事業の業務を要因とすることが明らかな疾病以外は、療養補償給付のみで届出されることとなること。

複数の事業場で就業されている場合で、かつ特別加入している場合に記入してください。

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
			() —



労災 請求書

検索

請求書は、厚生労働省ホームページからダウンロードできます。

(https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/roudoukijun/rousaihoken.html)

トップページ「分野別の政策一覧」雇用・労働＞労働基準＞労災補償＞労災保険給付関係請求書等ダウンロード

労災医療を担当する医師の方へ

労災保険における傷病が 「治ったとき」とは・・・

はじめに

労災保険では、労働者が業務または通勤が原因で傷病を被った場合、その傷病が治るまで必要な療養の給付を行っています。

この労災保険における傷病が「治ったとき」の考え方についてご説明しますので、ご一読ください。

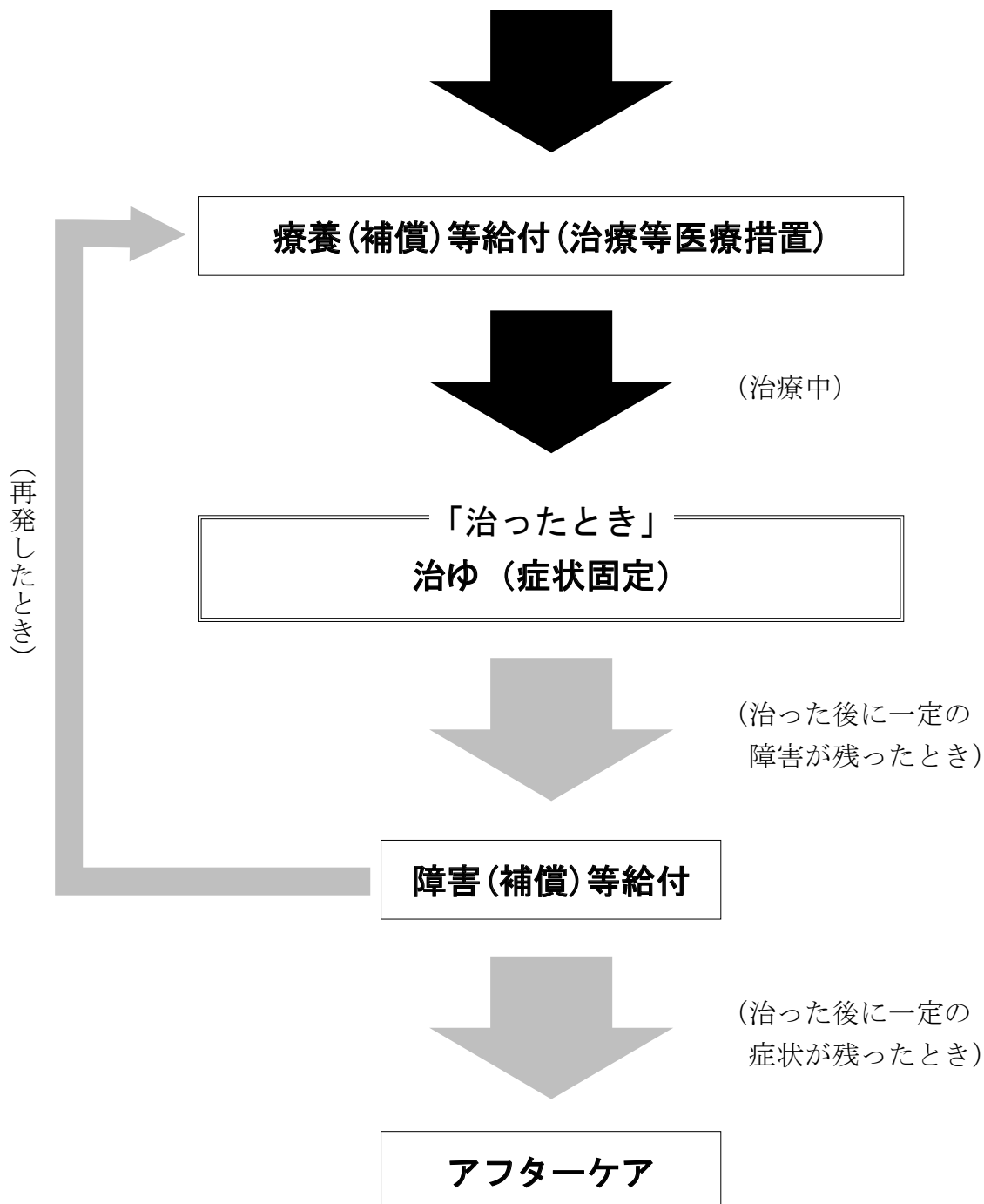
また、労災保険における「療養（補償）等給付」、「障害（補償）等給付」、「再発」および「アフターケア」についても説明していますので、参考としてください。

厚生労働省
都道府県労働局
労働基準監督署

〔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・複数業務要因災害・通勤災害



「治ったとき」とは

労災保険における傷病が「治ったとき」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、傷病の症状が安定し、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、この状態を労災保険では「治ゆ」（症状固定）といいます。

したがって、「傷病の症状が、投薬・理学療法等の治療により一時的な回復がみられるにすぎない場合」など症状が残存している場合であっても、医療効果が期待できないと判断される場合には、労災保険では「治ゆ」（症状固定）として、療養（補償）等給付を支給しないこととなっています。

(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、健康保険に準拠しています）として認められたものをいいます。したがって、実験段階または研究的過程にあるような治療方法は、ここにいる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。

例えば、次のような状態に至ったときは「治ゆ」（症状固定）となります。

例 1

切創もしくは割創の創面が癒着^ゆした場合または骨折で骨癒合^ゆした場合であって、たとえ疼痛など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

骨癒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、その後の療養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。

1

療養（補償）等給付とは

「療養（補償）等給付」とは、業務または通勤が原因で負傷し、また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、労災保険指定病院等で診察や薬剤の支給など政府が必要と認める療養行為を無料で受けられる現物給付と、労災保険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をいいます。

給付は傷病が「治ゆ」（症状固定）し、療養を必要としなくなるまで行われます。

2

障害（補償）等給付とは

傷病が「治ゆ」（症状固定）と認められたときに、疼痛・知覚異常や運動麻痺などの神経症状、器質的障害、機能障害等の障害が残ることがあります。

障害（補償）等給付とは、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現金給付をいいます。給付の方法としては、年金給付と一時金給付の2通りがあり、障害の程度が重いとき（第1級～第7級）には年金が、障害の程度が軽いとき（第8級～第14級）には一時金が、それぞれ障害の程度に応じて支給されます。

3

「再発」とは

傷病がいったん症状固定と認められた後に再び発症し、次のいずれの要件も満たす場合には「再発」として再び療養（補償）等給付を受けることができます。

- (1) その症状の悪化が、当初の業務または通勤による傷病と相当因果関係があると認められること
- (2) 症状固定の時の状態からみて、明らかに症状が悪化していること
- (3) 療養を行えば、その症状の改善が期待できると医学的に認められること

4

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等事業の一環として、被災した労働者の労働能力の維持を図り、円滑な社会生活への復帰を援助するものです。

具体的には、**せき髄損傷、頭頸部外傷症候群等、慢性肝炎等の傷病**にり患した方に対して「治ゆ」(症状固定)後においても後遺症状が変化したり、後遺障害に付随する疾病を発症させる恐れがあるので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などを実施しています。

このアフターケアは、被災労働者からの申請に基づき都道府県労働局長が交付する「アフターケア手帳」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、多くの労災保険指定医療機関に提示することにより無料で受けることができます。

なお、アフターケアの対象者は次表のとおりです。

対 象 傷 病	対 象 者
せ き 髄 損 傷	せき髄損傷者であって原則として障害等級第3級以上の障害(補償)給付を受けている人または受けると見込まれる人
頭頸部外傷症候群等	頭頸部外傷症候群、頸肩腕障害、腰痛にり患した人で、原則として障害等級第9級以上の障害(補償)給付を受けている人または受けると見込まれる人
尿 路 系 障 害	尿道狭さくの障害を残す人または尿路変向術を受けた人で、障害(補償)給付を受けている人または受けると見込まれる人
慢 性 肝 炎	ウイルス肝炎にり患した人で、障害(補償)給付を受けている人または受けると見込まれる人
白内 障 等 の 眼 疾 患	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、原則として障害(補償)給付を受けている人または受けると見込まれる人
振 動 障 害	振動障害の傷病者で、障害(補償)給付を受けている人または受けると見込まれる人
大腿骨頸部骨折および 股関節脱臼・脱臼骨折	大腿骨頸部骨折および股関節脱臼・脱臼骨折の傷病者で、原則として障害(補償)給付を受けている人または受けると見込まれる人
人工関節・人工骨頭置換	人工関節および人工骨頭に置換した人で障害(補償)給付を受けている人または受けると見込まれる人
慢性化膿性骨髄炎	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人であって、障害(補償)給付を受けている人または受けると見込まれる人

対 象 傷 病	対 象 者
虚 血 性 心 疾 患 等	(1)虚血性心疾患にり患し、原則として障害等級第9級以上の障害補償給付又は複数事業労働者障害給付を受けている人または受けると見込まれる人 (2)ペースメーカーまたは除細動器を植え込んだ人で、障害(補償)等給付を受けている人または受けると見込まれる人
尿 路 系 腫 瘍	尿路系腫瘍にり患し、療養補償給付を受けている人で、その症状が固定したと認められる人
脳 の 器 質 性 障 害	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く)、減圧症、脳血管疾患、有機溶剤中毒等(一酸化炭素中毒を除く)に由来する脳の器質性障害が残存した人で、原則として障害等級第9級以上の障害(補償)給付を受けている人または受けると見込まれる人(ただし、脳血管疾患については、複数事業労働者障害給付を受けている人又は受けると見込まれる人も含む)
外 傷 に よ る 末 梢 神 経 損 傷	症状固定後においても外傷による末梢神経損傷に起因する複合性局所疼痛症候群(CRPS。反射性交感神経性ジストロフィー(RSD)又はカウザルギー)若しくは末梢神経障害性疼痛等の激しい疼痛が残存する人で、障害等級第12級以上の障害(補償)給付を受けている人または受けると見込まれる人
熱 傷	熱傷の傷病者で、醜状障害として原則として障害等級14級以上の障害(補償)給付を受けている人または受けると見込まれる人
サ リ ン 中 毒	サリン中毒により療養(補償)給付を受けていた人で、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が残存する人
精 神 障 害	精神障害により療養(補償)等給付を受けていた人で、症状固定後においても、気分の障害、意欲の障害、慢性化した幻覚性の障害または慢性化した妄想性の障害、記憶の障害または知的能力の障害が残存する人
循 環 器 障 害	(1)心臓弁を損傷した人、心膜の病変の障害を残す人または人工弁に置換した人で、障害(補償)給付を受けている人または受けると見込まれる人 (2)人工血管に置換した人
呼 吸 機 能 障 害	呼吸機能障害を残す人で障害(補償)給付を受けている人または受けると見込まれる人
消 化 器 障 害	消化器を損傷した人で、消化吸收障害等を残す人または消化器ストマを造設した人で、障害(補償)給付を受けている人または受けると見込まれる人
炭 鉱 災 害 に よ る 一 酸 化 炭 素 中 毒	炭鉱災害による一酸化炭素中毒で療養(補償)給付を受けていた人

この記載内容や詳細についてご不明の点がございましたら、最寄りの都道府県労働局または労働基準監督署にお問い合わせください。

中皮腫、原発性肺がんなどの
石綿関連疾患の疑いのある患者さんへ
ご担当されている医師の方へ

石綿ばく露歴などのチェック表

- 労働者として石綿にさらされる業務に従事したことが原因で中皮腫、原発性肺がんなどの石綿関連疾患を発症したと認められる場合には、労災補償を受けることができます。

※ 石綿関連疾患については最終頁参照

- 石綿関連疾患は、石綿にさらされてから発症するまでの期間が非常に長いため、発症した疾病の原因が石綿であると気づかず、労災請求が行われぬおそれがあります。
- ご担当の患者さんが石綿にさらされる業務に従事していた場合やその可能性が疑われる場合には、このチェック表をご活用いただき、患者さんに対して労働基準監督署に労災の手続を問い合わせることをお勧めしてください。

～ 石綿疾患労災請求指導料を算定できます ～

石綿関連疾患の診断と労災請求を促進するため、石綿関連疾患の診断を行い、問診で業務による石綿ばく露が疑われる場合に労災請求をお勧めいただいた結果、患者さんが労災請求を行い、労災認定された際には、労災診療費として450点の算定が認められます。



厚生労働省・都道府県労働局・労働基準監督署

厚生労働省HP <https://www.mhlw.go.jp>

整理番号 :
 名前 :
 初診年月日 :
 記事 :

I 学校を卒業してから現在に至るまでの職業歴

在学中のアルバイトや主たる仕事のほかに短時間の副業を行っていた場合には、それらも含めてできる限り聴取してください。

会 社 名	会 社 の 所 在 地 (市町村)	業 種	職 種	仕事で 取り扱った 材料・設備	仕事に従事 した期間 (年月～年月)

※ 自営業の場合には、会社名の欄に自営と記入してください。

Ⅱ 業務により石綿にさらされた可能性の有無

以下の作業に従事していた場合には、業務で石綿にさらされていた可能性があります。

- ☐ 建築物の補修または解体作業（例：耐火被覆の除去作業、耐火建築物の解体作業）
（ 年 月 ～ 年 月： 年 月間）
- ☐ 石綿製品の製造工程における作業（例：石綿紡織製品、石綿スレートなどの石綿セメント製品、自動車のブレーキライニング、石綿フェルトなどの製造）
（ 年 月 ～ 年 月： 年 月間）
- ☐ 断熱や保温のための被覆作業、その補修作業（例：「断熱パッドの取り付け、取り外し」、「ボイラーやスチーム管への断熱材の巻きつけ、取りはがし」、「保温材料で包まれたパイプの取り付け・取り外し」）
（ 年 月 ～ 年 月： 年 月間）
- ☐ 鉄鋼製の船舶や車両の補修、解体作業
（ 年 月 ～ 年 月： 年 月間）
- ☐ スレート板などの難燃性の建築材料を切断するなどの加工作業（耐火建築物内の電気配線工事、配管工事を含む）
（ 年 月 ～ 年 月： 年 月間）
- ☐ 倉庫内などでの石綿原料・製品の袋詰め、または運搬作業
（ 年 月 ～ 年 月： 年 月間）
- ☐ 耐火建築物にかかわる鉄骨などへの石綿、石綿を含有する岩綿などの吹付け作業
（ 年 月 ～ 年 月： 年 月間）
- ☐ タルクなどの取扱い作業
（ 年 月 ～ 年 月： 年 月間）
- ☐ 石綿鉱山またはその附属施設で行う石綿を含有する鉱石や岩石の採掘、搬出、粉碎、その他、石綿の精製に関連する作業
（ 年 月 ～ 年 月： 年 月間）
- ☐ 上記の作業が行われている場所の周辺などでの作業（例：吹付け作業が行われている場所で塗装作業に従事）
（ 年 月 ～ 年 月： 年 月間）

医師の所見

厚生労働省のホームページに、石綿にさらされるおそれがある作業例について、写真入りで解説しています。

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/roudouki_jun/sekimen/roudousya2/

Ⅲ 労災補償制度のご案内

(1) 労災保険給付の概要

中皮腫や原発性肺がん等を発症し、それが業務により石綿にさらされたことが原因であると認められた場合には、以下のような補償を受けることができます。

- 疾病の治療に必要な補償（療養補償給付）
- 賃金を受けられない場合の補償（休業補償給付）
- 遺族に対する補償（遺族補償給付）

(2) 石綿による疾病の認定基準の概要

ア) 石綿との関連が明らかな疾病として労災補償の対象となるものは、次の5疾病です。

石綿肺※ 肺がん 中皮腫 良性石綿胸水 びまん性胸膜肥厚

※ じん肺法に規定するじん肺管理区分が管理4に該当するもの、または石綿肺に合併したじん肺法施行規則に掲げる疾病

イ) このうち、中皮腫・肺がんについては、次に該当する場合に業務上の疾病として労災補償を受けることができます。

(ア) 中皮腫（胸膜、腹膜、心膜、または精巣鞘膜の中皮腫）

- じん肺法に定める胸部エックス線写真の像が第1型以上である石綿肺所見が得られている場合
- 石綿ばく露作業への従事期間が1年以上ある場合

(イ) 肺がん（原発性肺がん）

- じん肺法に定める胸部エックス線写真の像が第1型以上である石綿肺所見が得られている場合
- 胸部エックス線写真、胸部CT検査などにより胸膜プラークが認められ、かつ、石綿ばく露作業への従事期間が10年以上ある場合
- 広範囲の胸膜プラークの所見が得られ、かつ、石綿ばく露作業への従事期間が1年以上ある場合
- 石綿小体または石綿繊維について一定の所見が得られ、かつ、石綿ばく露作業への従事期間が1年以上ある場合
- 労災の認定要件を満たすびまん性胸膜肥厚を併発している場合
- 石綿紡織製品製造作業、石綿セメント製品製造作業、または石綿吹付け作業に5年以上従事した場合

石綿に関する健康管理手帳について

石綿を製造、または取り扱う業務に従事していた離職者で、一定の要件を満たす方は、都道府県労働局長に申請し健康管理手帳を交付されると、指定された医療機関で健康診断を6か月に1回無料で受けることができます。

<https://www.mhlw.go.jp/new-info/kobetu/roudou/sekimen/techo/index.html>

石綿による疾病の労災補償や労災保険給付などに関する一般的なご質問は、都道府県労働局・労働基準監督署のほか、こちらでも受け付けています。

労災保険相談ダイヤル 0570-006031（平日8:30～17:15）

※ ご利用には通話料がかかります。