

第 6 編

労災診療費の請求手続き

公益財団法人 労災保険情報センター

◆ 請求手続き

- 帳票の種類
- 記載要領
- 請求書・レセプトの編綴順序

帳票の種類

請求書

診療機様式第1号

労働者災害補償保険診療費請求書

請求書番号 0123456789

① 請求種別 34720

② 指定医療機関の番号

③ 請求年月日

④ 請求金額

⑤ 内訳

⑥ 請求年 月 日

⑦ 請求所

⑧ 請求人 (病院又は診療所) 名 称

⑨ 責任者氏名

⑩ 労働局長殿 (署分)

⑪ 電話番号

⑫ 受付印

ほか 名に対する診療費の内訳は、別紙内訳書のとおり。
上記の金額を請求します。

年 月 日

郵便番号

住 所 (所在地)

労働局長殿 (署分)

電話番号

受付印

(物品番号 723) 31

- 労働者災害補償保険
診療費請求書
... 診機様式第1号
- 検査に要した費用等
請求書(指定医療機関用)
... 診機様式第1号の2

帳票の種類

内訳書 (レセプト)

診療様式第4号 (傷病用) (付一併送付)

指定病院等の番号

病名等の番号

診療機様式第4号

① 診療機番号 34723

② 診療機種別

③ 診療機種別

④ 診療機種別

⑤ 診療機種別

⑥ 診療機種別

⑦ 診療機種別

⑧ 診療機種別

⑨ 診療機種別

⑩ 診療機種別

⑪ 診療機種別

⑫ 診療機種別

⑬ 診療機種別

⑭ 診療機種別

⑮ 診療機種別

⑯ 診療機種別

⑰ 診療機種別

⑱ 診療機種別

⑲ 診療機種別

⑳ 診療機種別

㉑ 診療機種別

㉒ 診療機種別

㉓ 診療機種別

㉔ 診療機種別

㉕ 診療機種別

㉖ 診療機種別

㉗ 診療機種別

㉘ 診療機種別

㉙ 診療機種別

㉚ 診療機種別

㉛ 診療機種別

㉜ 診療機種別

㉝ 診療機種別

㉞ 診療機種別

㉟ 診療機種別

㊱ 診療機種別

㊲ 診療機種別

㊳ 診療機種別

㊴ 診療機種別

㊵ 診療機種別

㊶ 診療機種別

㊷ 診療機種別

㊸ 診療機種別

㊹ 診療機種別

㊺ 診療機種別

㊻ 診療機種別

㊼ 診療機種別

㊽ 診療機種別

㊾ 診療機種別

㊿ 診療機種別

労働者の氏名 朝・大・岡・平・金 年 月 日生

傷病の経過

傷病の部位及び病名

診療内容	点数(点)	診療内容	金額	摘要
① 初診 時間外・休日・夜間		① 初診	円	
② 指導		② その他	円	
③ 在宅		小計	円	
④ 内服	単位	⑤ 食事		備考
⑤ 外用	単位	基準	円× 回	
⑥ 注射	単位		円× 回	
⑦ 調剤	日		円× 日	
⑧ 調剤	日	食事療養	円	円
⑨ 調剤	日	摘要		
⑩ 調剤	日			
⑪ 調剤	日			
⑫ 調剤	日			
⑬ 調剤	日			
⑭ 調剤	日			
⑮ 調剤	日			
⑯ 調剤	日			
⑰ 調剤	日			
⑱ 調剤	日			
⑲ 調剤	日			
⑳ 調剤	日			
㉑ 調剤	日			
㉒ 調剤	日			
㉓ 調剤	日			
㉔ 調剤	日			
㉕ 調剤	日			
㉖ 調剤	日			
㉗ 調剤	日			
㉘ 調剤	日			
㉙ 調剤	日			
㉚ 調剤	日			
㉛ 調剤	日			
㉜ 調剤	日			
㉝ 調剤	日			
㉞ 調剤	日			
㉟ 調剤	日			
㊱ 調剤	日			
㊲ 調剤	日			
㊳ 調剤	日			
㊴ 調剤	日			
㊵ 調剤	日			
㊶ 調剤	日			
㊷ 調剤	日			
㊸ 調剤	日			
㊹ 調剤	日			
㊺ 調剤	日			
㊻ 調剤	日			
㊼ 調剤	日			
㊽ 調剤	日			
㊾ 調剤	日			
㊿ 調剤	日			

入院年月日 年 月 日

新レセプト表 入院基本料・加算 × 日額

× 日額

× 日額

[傷病(補償)年金]

● 傷 診療費請求内訳書 (入院用)

・・・診機様式第4号

● 傷 診療費請求内訳書 (入院外用)

・・・診機様式第5号

記載要領

注意事項

- ・黒のボールペンを使用
- ・標準字体で枠の中に大きめに記入

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

- ・書き損じた場合

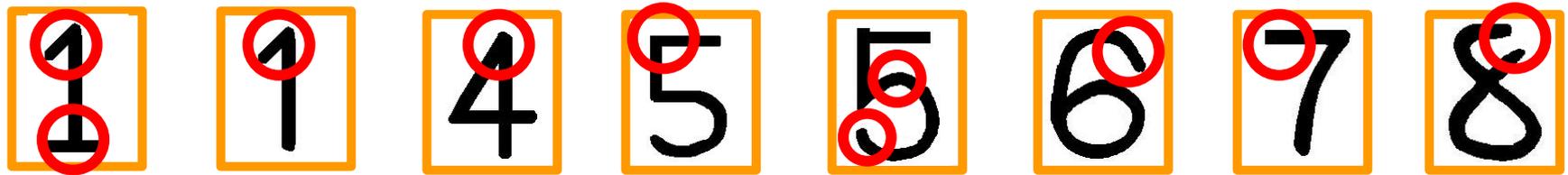
3 5 0 9
\$ 9 0 6 0 4 3 0 ~~消しゴム
修正ペン~~

請求書「請求金額」欄・・・訂正不可

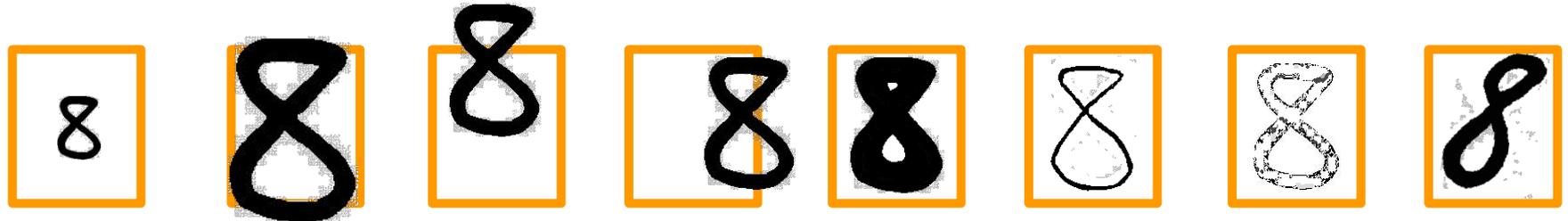
記載要領

誤読しやすい文字例／記載例

標準
字体



飾り・すき間・突き抜け・丸み



大きさ・位置・太さ・濃さ・角度

記入要領

診療費請求内訳書 (レセプト)

■ 診様様式第3号
第 回 (同一傷病について)

指定病院等の番号 1 2 3 4 5 6 7 病院等の名称 ○○○病院

①新難別 ②転居事由 ③支払額

1初診 3転居 5他院 7再診 1 3

帳票種別 34722 修正項目番号

1 2 1 0 5 1 2 3 4 5 6 0 0 0

5 0 0 0 6 0 5 9 0 0 0 4 0 5

9 0 0 0 4 0 5 - 9 0 0 0 4 3 0

6

労働者の氏名 労働 一男 (○○ 歳)

事業の名称 △△△ 株式会社

事業場の所在地 ○○ 都府県 ○○ 市区

傷病の部位及び傷病名 右足第1指骨折

傷病の経過 積み荷を右足に落とし来院。右足第1指骨折に対しギプス固定し経過観察中。

copyright©2025RIC All Rights Reserved

D

枝番号なしの場合、
下3桁には必ず
"000"を記入

負傷又は発病した日

診療費

記入要領

診療費請求内訳書 (レセプト)

診機様式第3号 第 回 (同一傷病について)

指定病院等の番号 1 2 3 4 5 6 7 病院等の名称 ○○○病院

① 新継再別 ② 転属事由
 1 初診 1 1
 3 転属 始 終 1 3
 5 転 続
 7 再 続

③ 支払額

④ 労働保険番号
 1 2 1 0 5 1 2 3 4 5 6 0 0 0

⑤ 傷病の部位及び傷病名
 5 0 0 0 6 0 5 9 0 0 0 4 0 5

⑥ 傷病の経過
 9 0 0 0 4 0 5 - 9 0 0 0 4 3 0

⑦ 診療科目
 6

⑧ 傷病の経過
 △△△△△

診療費

労働者の氏名	労働 一男 (○○歳)	傷病の部位及び傷病名	右足第1指骨折
事業の名称	△△△ 株式会社	傷病の経過	積み荷を右足に落とし来院。 右足第1指骨折に対しギプス固定し経過観察中。
事業場の所在地	○○ 都府県 ○○ 都区市		

記入要領

診療費請求内訳書 (レセプト)

診機様式第3号

第 回 (同一傷病について)

指定病院等の番号

1 2 3 4 5 6 7

病院等の名称

〇〇〇病院

① ② ① 新規再別 ② 転院事由 1用 診 1 3転院 始 3 5患 診 続 7再 続 実	③ 支払額 ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ 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
① 前 県 市 区 支 延 基 幹 番 号 枝 番 号 労働保険番号 1 2 1 0 5 1 2 3 4 5 6 0 0 0 ② 受 診 年 月 日 ③ 受 診 初 年 月 日 5 0 0 0 6 0 5 9 0 0 0 4 0 5 ④ 診 察 日 時 9 0 0 0 4 0 5 - 9 0 0 0 4 3 0 ⑤ 診 察 日 時 6	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

+

H

I

療
費

労働者の氏名 労働 一男 〇〇 歳	傷病の部位及び傷病名 右足第1指骨折
事業の名称 △△△ 株式会社	傷病の経過 積み荷を右足に落とし来院。 右足第1指骨折に対しギプス固定し経過観察中
事業場の所在地 〇〇 都府県 〇〇 市区	

記入要領

労働者災害補償保険診療費請求書

診機様式第1号

※標準字体 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

労働者災害補償保険診療費請求書

① 帳票種別 3 4 7 2 0	※修正 目録	③ 指定病院等の番号 1 2 3 4 5 6 7	② ※受付年月日 [][][][][][]
④ 請求金額 ¥ 1 2 3 4 5 6 7		④ 内訳書添付枚数 [][] 5	
⑤ 請求年 9 0 7 年		⑥ 請求月 0 4	

金額の頭に¥マーク

添付レセプトの最新の診療年月

※印の欄は記入しないでください。

労働 一男 ほか 〇〇 名に対する診療費の内訳は、別紙内訳書のとおり。

上記の金額を請求します。

記入要領

労働者災害補償保険診療費請求書

E

労働 一男 ほか ○○ 名に対する診療費の内訳は、別紙内訳書のとおり。

上記の金額を請求します。

F

○○年 ○ 月 ○ 日

G

郵便番号 ○○○-○○○○

住 所
(所在地) ○○県○○市○○○町○○○-○○

請求人の
(病院又は診療所)

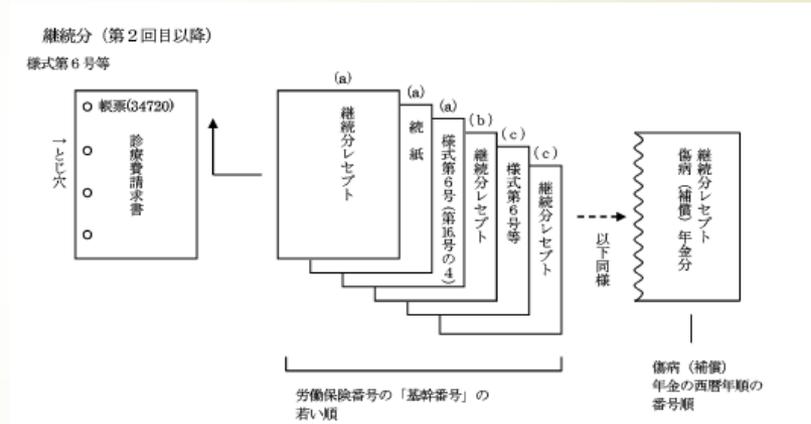
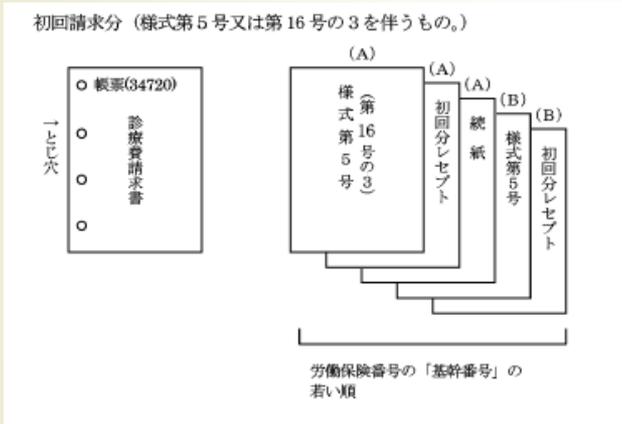
名 称 ○○○病院

責任者氏名 ○○ ○○○

○○ 労働局長 殿 電話番号 ○○ - ××× - △△△△

(○○ 署分) copyright©2025RIC All Rights Reserved

請求書等の綴じ方



令和 年 月 日送付

愛知労働局労災補償課医療係 御中

労災指定番号 _____

病院（薬局）名

電子レセプト請求にかかる様式5号等送付表

書 類	枚 数
様式5号（16号の3）	枚
様式6号（16号の4）	枚
労災リハビリ計画書	枚

※ コピーして使用してください

送付先 〒460-0008

名古屋市中区栄2-3-1 名古屋広小路ビルディング11F

愛知労働局 労災補償課 医療係



お問い合わせ先

愛知労働局 労働基準部 労災補償課 医療係

住 所 名古屋市中央区栄2-3-1
名古屋広小路ビルヂング11階

電 話 052-855-2148





アフターケア制度について

アフターケア制度の目的

アフターケア制度は、業務災害、複数業務要因災害又は通勤災害により被災された方に対して、治ゆ後においても、再発や後遺障害に伴う新たな病気の発症を防ぐため、必要に応じて、診察、保健指導、保健のための処置、検査を行い、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。

※「治ゆ」とは、完全な回復だけでなく、医療を行ってもそれ以上の効果が期待できず、症状が安定した状態を含みます。

アフターケア対象傷病

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

措置の範囲

アフターケアは、労災指定医療機関及び労災保険指定薬局で行うことができます。

対象傷病ごとに定められた範囲の

- ① 診察
- ② 保健指導
- ③ 保険のための処置
- ④ 検査

※ 症状が増悪し、**治療**の必要が生じた場合は、当初の傷病の再発として療養の給付が行なわれることとなりますが、当初給付を受けた労働基準監督署での**再発**の認定が必要です。

アフターケア委託費の請求

アフターケアに要した費用を請求するときは、費用の算定方法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及びアフターケア委託費請求内訳書に記載の上、医療機関等の所在地を管轄する都道府県労働局長あてに提出してください。

アフターケア委託費請求書

実施要領様式第5号
帳票種別37700

実施要領様式第5号 〒0123456789

アフターケア委託費請求書

帳票種別 37700	申請正項目番号 <input type="checkbox"/>	① 申請機関 <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	② 申請年月日 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <small>年・月・日はそれぞれ右詰め</small>														
③ 指定病院等の番号 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																	
④ 請求金額 <table border="1" style="margin: auto;"><tr><td>千</td><td>百</td><td>十</td><td>元</td><td>角</td><td>分</td><td>厘</td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table> <small>金額の頭にキマケを付けてください。</small>		千	百	十	元	角	分	厘	<input type="text"/>	⑤ 内訳書添付枚数 <input type="text"/> <input type="text"/>							
千	百	十	元	角	分	厘											
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>											
⑥ 請求年 99年 <input type="text"/> 年		⑦ 請求月 99年 <input type="text"/> 月分															
申請正額 <input type="text"/> <input 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 名 称
(病院又は診療所) _____

代表者氏名 _____

電話番号 _____

労働局長殿 _____

受付印

(物品番号 81201) 3.5

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に準拠しています。

診 察

- 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」の点数に労災診療単価を乗じて得た額とします。
- 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。

保健指導

保健指導として「特定疾患療養管理料」の点数は月2回を限度として算定
できます。(月2回まで)

※ 許可病床数が200床以上の病院では算定できません

保健のための処置

- 薬局における薬剤は、調剤点数表により算定した額
- 「精神療法及びカウンセリング」は、健保点数表に定める「通院・在宅精神療法」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
- 「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」の支給は、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

保健のための処置

処置に伴い、保健のために必要な材料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を算定します。

保健のための処置

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、カテーテル及び留置カテーテル（収尿袋を含む。）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。

処置材料を算定する場合には、**レセプトの処置料の欄**に記載してください。

保健のための処置

抗てんかん薬、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、その費用を算定できます。

保健のための処置

「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」理由を具体的に記入してください。

検 査

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

時 効

診療日等の属する月の翌月から起算して5年

※ 令和2年4月1日より前に発生したアフターケア委託費は、診療日等の属する月の翌月から起算して3年