

労災保険法の請求書等の改正について

労災保険法の請求書等について和暦から西暦への変換を正しく行えるように労災システムの改修が行われること等に伴い、請求書等の様式について元号欄の追加を行う等所要の改正が行われました（平成 26 年 2 月 27 日 厚生労働省告示第 45 号）。

施行日は平成 26 年 3 月 31 日です。ただし、この告示の適用の際、現に存するこの告示による改正前の様式による用紙は、当分の間、これを取り繕って使用することができます。

改正になった様式番号は次のとおりです。

| 様式番号 | 名 称 |
|---|------------------------|
| 様式第 5 号 | 業務災害用：療養補償給付たる療養の請求書 |
| 様式第 7 号 様式第 7 号(1)から 様式第 7 号(5)まで | 業務災害用：療養補償給付たる療養の費用請求書 |
| 様式第 8 号 | 業務災害用：休業補償給付支給請求書 |
| 様式第 16 号の 3 | 通勤災害用：療養給付たる療養の請求書 |
| 様式第 16 号の 5 | 通勤災害用：療養給付たる療養の費用請求書 |
| 様式第 16 号の 6 | 通勤災害用：休業給付支給請求書 |
| 様式第 16 号の 10 の 2 | 二次健康診断等給付請求書 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 標準字体 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 〃 | 。 | ー | | | | | | | | |
| アイ | ウ | エ | オ | カ | キ | ク | ケ | コ | サ | シ | ス | セ | ソ | タ | チ | ツ | テ | ト | ナ | ニ | ヌ |
| ネ | ノ | ハ | ヒ | フ | ヘ | ホ | マ | ミ | ム | メ | モ | ヤ | ユ | ヨ | ラ | リ | ル | レ | ロ | ワ | ン |

| | | | | | | | |
|---------|-------|----------|--------|--------|----------------|--------------------|--------|
| 帳票種別 | ①管轄局署 | ②業通別 | ③受付年月日 | ④三者コード | ⑤委任未支給 | ⑥特別加入者 | ⑦審査コード |
| ※ 34260 | | 1業 3通 | | | 1自 3労 5他 | 1委任 3未支給 5委未 | |

| | | | | |
|------------|------------|-------------|----------|-----|
| ③ 労働保険番号 | ④ 管轄局種別 | 西暦年 | 番 号 | |
| | | | | |
| ⑤ 労働者の性別 | ⑥ 労働者の生年月日 | ⑦ 負傷又は業病年月日 | ⑧ 金融機関 | 店 舗 |
| (1男 3女) | 元 年 月 日 | 元 年 月 日 | | |
| ⑨ 労働者の氏名 | ⑩ 郵便番号 | 職 種 | ⑪ 郵政局コード | |
| | | (歳) | | |

| | | | | |
|---|----------|---------|--------------|---------------------|
| ⑫ 振込の金額 | ⑬ 振込希望機名 | ⑭ 口座名義人 | ⑮ 預金の種類 | ⑯ 口座番号 |
| | | | 1 普通 3 当座 | |
| ⑰ メイギン (カタカナ) : 姓と名の間は1文字あけて記入してください。濁点・半濁点は1文字として記入してください。 | | | | ⑱ (つづぎ) メイギン (カタカナ) |

⑨の者については、⑦並びに裏面の(ヌ)及び(フ)に記載したとおりであることを証明します。

| | | |
|----------|---------|------|
| 事業の名称 | 電話番号 | 局番 |
| 年月日 | 事業場の所在地 | 郵便番号 |
| 事業主の氏名 印 | | |

| | | | | | |
|----------------|---|------------------|----|-------|---|
| ⑲ 療養の内容 | (イ)期間 | 年 月 日 から 年 月 日まで | 日間 | 診療実日数 | 日 |
| (ロ) 傷病の部位及び傷病名 | ⑲の者については、(イ)から(ニ)までに記載したとおりであることを証明します。 | | | | |
| (ハ) 傷病の経過の概要 | 年 月 日 郵便番号 | | | | |
| | 病院又は診療所の所在地 電話番号 局番 | | | | |
| | 診療所の名称 診療担当者氏名 印 | | | | |

(ニ) 療養の内訳及び金額 (内訳裏面のとおり。)

| | | | | |
|-----------------------------|-------------------|---------------------|--------|---|
| (ウ) 看護料 | 年 月 日から 年 月 日まで | 日間 (看護士の資 格の有・無) | 千 | 円 |
| (エ) 移送費 | から まで | 片道・往復 | キロメートル | 回 |
| (オ) 上記以外の療養費 (内訳別紙請求書又は領収書) | 枚のとおり。 | | | |
| (カ) 療養の給付を受けなかった理由 | ⑲療養に要した費用の額 (合計) | | | |
| | 千 万 百 十 万 千 百 十 円 | | | |

| | | | | |
|---------|-----------|-----------|---------|------------------------------|
| ⑲ 費用の種別 | ⑲ 療養期間の初日 | ⑲ 療養期間の末日 | ⑲ 診療実日数 | ⑲ 転帰事由 |
| ※ | 元 年 月 日 | 元 年 月 日 | 日 | 1 治癒 3 継続 5 中止 7 死亡 |

上記により療養補償給付たる療養の費用の支給を請求します。

請求人の 住所 (方)
氏名 印
労働基準監督署長 殿

※印の欄は記入しないでください。(職員が記入します。)
◎裏面の注意事項を読んでから記入してください。折り曲げる場合には(カ)の所を谷に折りさらに2つ折りにしてください。

(注意) 一、二、記載すべき事項のない欄又は記入内容は、空欄のままとし、事項を記載する場合は、事項を○で囲んで記入してください。ただし⑤及び⑥欄並びに⑦及び⑧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。のりづけしたりしないでください。
三、記入枠の部分は、必ず黒のボールペンを使用し、様式右上に記載された「標準字体」にならって、枠からはみださないように大きめのカタカナ及びアラビア数字で明りように記載してください。
四、記入すべき事項は、必ず黒のボールペンを使用し、様式右上に記載された「標準字体」にならって、枠からはみださないように大きめのカタカナ及びアラビア数字で明りように記載してください。

様式第7号(1)(裏面)

| | | |
|--|---------------|------------------------------|
| (リ) 労働者の 所属事業場の 名称・所在地 | (ヌ) 負傷又は発病の時刻 | (ル) 職名 |
| | 午前 午後 時 分頃 | 災害発生の 事実を確認 した者の 氏名 |
| (7) 災害の原因及び発生状況 (ア)どのような場所で(イ)どのような作業をしているときに(ウ)どのような物又は環境に(エ)どのような不安全な又は有害な状態があつて(オ)どのような災害が発生したかを詳細に記入すること | | |
| | | |
| | | |
| | | |

療養の内訳及び金額

(注意)

| 診療内容 | | 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 | 外来診療料 | × 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 | |
| 在宅 | 往診 | 回 | 円× 日間 | 円 | |
| | 夜間 | 回 | 円× 日間 | 円 | |
| | 緊急・深夜 | 回 | 円× 日間 | 円 | |
| | 在宅患者訪問診療 | 回 | 小計 | 円 | |
| | その他 | 回 | ② | | |
| 摘要 | | | | | |
| 役薬 | 内服 薬剤 | 単位 回 | | | |
| | 調剤 | × 回 | | | |
| | 屯服 薬剤 | 単位 回 | | | |
| | 外用 薬剤 | 単位 回 | | | |
| | 調剤 | × 回 | | | |
| 処方 | × 回 | | | | |
| 麻毒 | 回 | | | | |
| 調基 | 回 | | | | |
| 注射 | 皮下筋肉内 | 回 | | | |
| | 静脈内 | 回 | | | |
| | その他 | 回 | | | |
| 処置 | 薬剤 | 回 | | | |
| 手術 | 薬剤 | 回 | | | |
| 検査 | 薬剤 | 回 | | | |
| 画像診断 | 薬剤 | 回 | | | |
| その他 | 処方せん | 回 | | | |
| | 薬剤 | 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 | | | |
| | 特定入院料・その他 | | | | |
| 小計 | 点 ① | 円 | 合計金額 | 円 | |
| | | | ①+② | | |

一、共通の注意事項
 (一)事項を選択する場合には、該当する事項を丸で囲むこと。
 (二)①(ア)及び①(イ)については、その費用についての明細書及び看護移送等を
 した者の請求書又は領収書を添えること。
 (三)①(ウ)の期間には、最終の投薬の期間をも算入すること。
 (四)①(イ)は、労働者の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、工事現場等を記載すること。
 (五)①(イ)は、どのような場所、どのような作業をしているときに、どのよう
 な物又はどのような状況において、どのようにして災害が発生したか
 を簡明に記載すること。

二、傷病補償年金の受給権者が当該傷病に係る療養の費用を請求する場合以外
 の場合の注意事項
 (一)④は、記載する必要がないこと。
 (二)④は、災害発生の事実を確認した者(確認した者が多数あるときは最初
 に発見した者)を記載すること。
 (三)④及び⑤は、第二回以後の請求の場合には記載する必要がないこと。
 (四)第二回以後の請求が離職後である場合には事業主の証明は受ける必要が
 ないこと。
 三、傷病補償年金の受給権者が当該傷病に係る療養の費用を請求する場合の
 注意事項
 (一)⑦及び⑧からの⑦までは記載する必要がないこと。
 (二)⑦及び⑧は、事業主の証明は受ける必要がないこと。
 (三)「事業主の氏名」の欄は、「病院又は診療所の診療担当者氏名」の欄及び「請求
 人の氏名」の欄は、記名押印することによって代えて、自筆による署名をする
 ことができる。

| | | | | |
|------------------------------|---|---------|------|--------|
| 派遣先事業 主証明欄 | 派遣元事業主が証明する事項(表面の⑦並びに(ヌ)及び(7))の記載内容について事実と相違ないことを証明します。 | | | 局 番 |
| | 事業の名称 | 電話番号 | | |
| | 年 月 日 | 事業場の所在地 | 郵便番号 | |
| | 事業主の氏名 | | | 印 |
| (法人その他の団体であるときはその名称及び代表者の氏名) | | | | |

| | | |
|----------------------------|------------|---|
| 表面の記入枠 を訂正したと きの訂正印欄 | 削 字 加 字 | 印 |
|----------------------------|------------|---|

| | | | |
|--------------------|---------------|-----|---------|
| 社会保険 労務士 記載欄 | 作成年月日提出代行者の表示 | 氏 名 | 電 話 番 号 |
| | | 印 | |