

令和7年度

労災保険制度・レセプト  
請求・各種届出に関する  
留意点について

福岡労働局労災補償課

# 労災保険制度について

## 労災保険とは

業務上又は通勤途上に被災した労働者の傷病に対して、

1 迅速な治療

2 早期の職場復帰を図る ことを目的として、被災労働者に補償を行う保険です。

# 労働者災害補償保険法

## 第2条の2（労働者災害補償保険）

業務上の事由又は通勤による労働者の負傷、疾病、障害、死亡等に関して保険給付を行うほか、社会復帰促進等事業を行うことができる。

## 労災保険制度

- ① 治ゆ（症状固定）
- ② 再発
- ③ 療養に関する給付の流れ

# 労災保険における 傷病が「治ったとき」とは

- ① 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、**傷病の状態が安定し、医学上一般に認められた医療を行っても、その医療効果が期待できなくなった状態**をいいます。この状態を労災保険では「**治ゆ（症状固定）**」といいます。
- ② 傷病の状態が、「投薬・理学療法等の治療により一時的に回復がみられるにすぎない場合」（いわゆる一進一退の状態）などたとえ症状が残存している場合でもあっても、**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、それ以降は療養(補償)給付を支給しないこととなっています。

## 「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として認められたものをいいます。

従って、実験段階又は研究過程にあるような治療方法は、ここにいる医療には含まれません。

## 「医療効果が期待できなくなったとき」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。

従って、その傷病が安定し、投薬・理学療法等の治療により一時的な症状の回復がみられるにすぎない場合は、医療効果が期待できないものと判断します。

# 「治ゆ（症状固定）」の例

- 例 1 骨折で骨ゆ合した場合であって、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となり、その後の療養を続けても改善が期待できなくなった場合
- 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う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外傷性てんかんが残り、治療によっても、てんかん発作が完全に抑制できない場合であっても、その症状が安定し、療養を続け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。

# 「治ゆ（症状固定）」の例

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、その後の療養を続け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継続している場合であっても、その症状が安定し、療養を続けても改善が期待できなくなったとき。

※症状固定を行う上で、これ以後も定期的な症状のケアを必要とする場合に、上記例3・4のように傷病によっては、アフターケア制度（措置範囲の制限有）が設けられています。  
詳しくは、インターネット検索で「労災アフターケア制度」と入力したうえで、資料をご参照ください。

## 再 発

「治ゆ」後、症状が再び増悪し治療の必要が生じた場合。

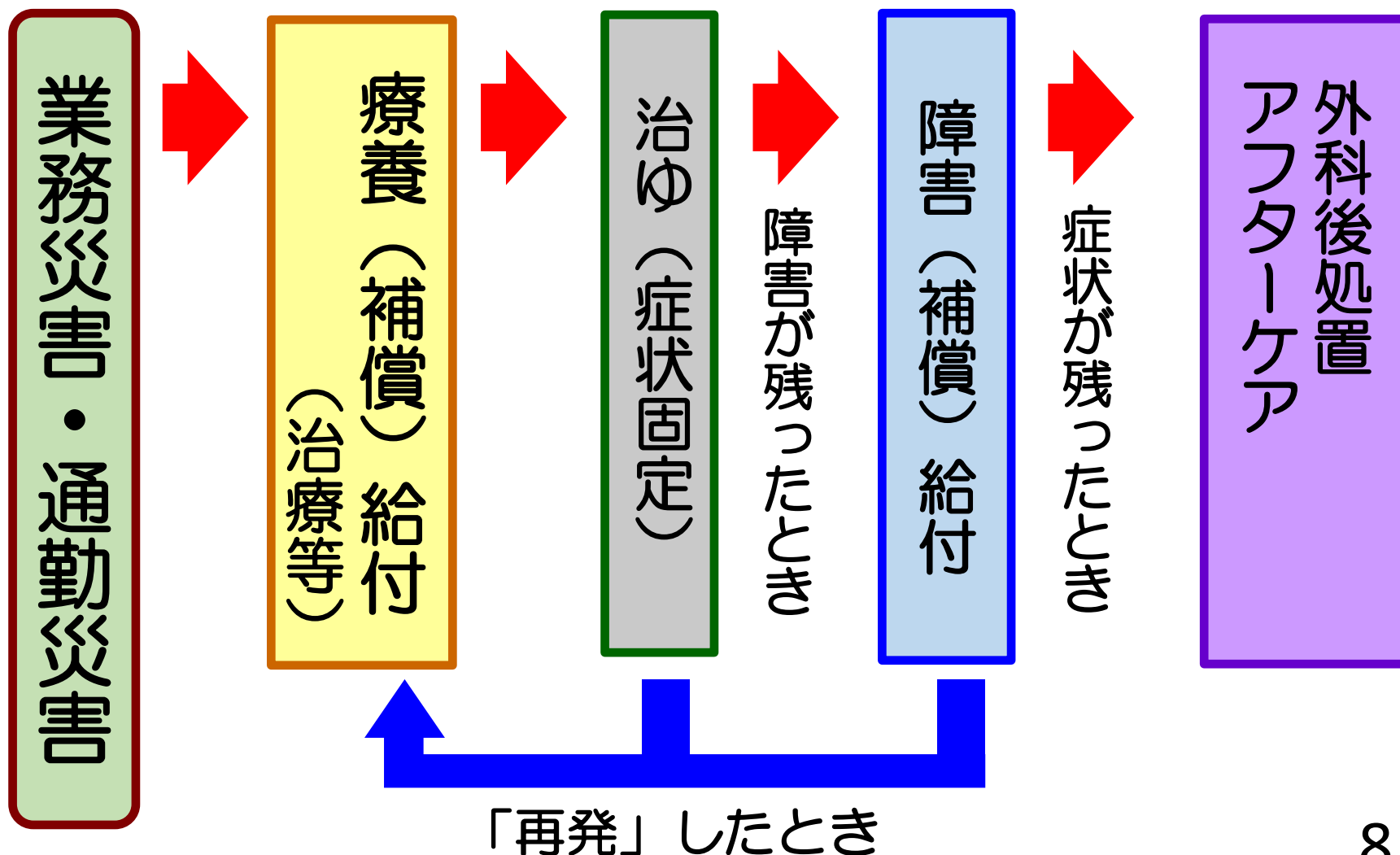
増悪した部分を治ゆ時の状態に回復させるまでの療養が対象となります。

被災労働者は、当初の傷病の継続として治療を受けられるが、監督署長の認定が必要。

## 再発の認定

- 1 業務以外の原因によるものではないと認められること。
- 2 治ゆ時の状態からみて明らかに症状が悪化していること。
- 3 療養によってその症状が改善される見込みがあると医学的に認められること。

# 療養に関する給付の流れ



# 文書の様式

## 労働者災害補償保険法の施行に関する事務に 使用する文書の様式を定める件

規則第12条 第1項 の請求書

→ 様式第5号（業務災害・初診）

規則第12条 第3項 の届書

→ 様式第6号（業務災害・転医）

規則第18条 の5 第1項 の請求書

→ 様式第16号の3（通勤災害・初診）

規則第18条 の5 第2項 の届書

→ 様式第16号の4（通勤災害・転医）

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）

[illegible]

|              |                                                                  |
|--------------|------------------------------------------------------------------|
| 様式第5号(裏面)    |                                                                  |
| 有            | ⑤その他就業先の有無<br>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<br>(ただし表面の事業場を含まない) |
| 無            | (ただし表面の事業場を含まない) 社<br>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        |                                                                  |

[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、⑤欄並びに④及び⑥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 ③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療養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記の年金証書番号を記入してください。また、④及び⑥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

※住所氏名等の記入漏れがないか確認してください。  
まれに氏名欄に所属事業場の代表者等の名前を誤って記入されているのが見受けられますが不可ですので、近くの余白に被災者の氏名を書いていただくようご説明ください。

|                 |                                                   |         |         |
|-----------------|---------------------------------------------------|---------|---------|
| 派遣先事業主<br>証 明 欄 | 派遣元事業主が証明する事項(表面の⑩、⑪及び⑬)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)                      |         |         |

|                    |                      |     |       |
|--------------------|----------------------|-----|-------|
| 社会保険<br>労務士<br>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  |
|                    |                      |     | ( ) — |

## 療養給付たる療養の給付請求書（様式第16号の3）

様式第16号の3(表面) 労働者災害補償保険  
**通融災害用**  
 療養給付たる療養の給付請求書

裏面に記載してある注に  
 事項をよく読んで下さい。  
 記入してください。

アイウエオカキクケコ  
 サシスセソタチツテト  
 ニノハヒフヘホマミム  
 ヨメヤユヨラリルロ  
 ワン

|              |            |            |          |         |           |         |              |   |
|--------------|------------|------------|----------|---------|-----------|---------|--------------|---|
| ※ 帳票種別       | ①管轄局番      | ②業通別       | ③保留      | ④処理区分   | ⑤受付年月日    | ※       | ⑦支給・不支給決定年月日 | ※ |
| 34590        |            | 3          |          |         |           |         |              |   |
| ⑧性別          | ⑨労働者の生年月日  | ⑩養傷又は療養年月日 |          | ⑪西暦年月日  |           | ⑫西暦年月日  |              |   |
| ⑧ ♂ 1<br>♀ 2 | ⑨ 年 月 日    | ⑩ 年 月 日    |          | ⑪ 年 月 日 |           | ⑫ 年 月 日 |              |   |
| ⑬ 労働者の氏名     | ⑭ 労働者の住所   |            | ⑮ 労働者の職業 |         | ⑯ 労働者の勤務先 |         |              |   |
| 氏 名          | 住 所        |            | 職 業      |         | 勤務先       |         |              |   |
| フリガナ         |            |            |          |         |           |         |              |   |
| ⑰ 労働者の生年月日   | ⑱ 労働者の性別   |            | ⑲ 労働者の職業 |         | ⑳ 労働者の勤務先 |         |              |   |
| 年 月 日        | ♂ 1<br>♀ 2 |            | 業 種      |         | 業 種       |         |              |   |
| ⑳ 労働者の勤務先    |            |            |          |         | ㉑ 労働者の勤務先 |         |              |   |
| ㉒ 労働者の勤務先    |            |            |          |         | ㉓ 労働者の勤務先 |         |              |   |
| ㉔ 労働者の勤務先    |            |            |          |         | ㉕ 労働者の勤務先 |         |              |   |
| ㉖ 労働者の勤務先    |            |            |          |         | ㉗ 労働者の勤務先 |         |              |   |
| ㉘ 労働者の勤務先    |            |            |          |         | ㉙ 労働者の勤務先 |         |              |   |
| ㉚ 労働者の勤務先    |            |            |          |         | ㉛ 労働者の勤務先 |         |              |   |
| ㉜ 労働者の勤務先    |            |            |          |         | ㉝ 労働者の勤務先 |         |              |   |
| ㉞ 労働者の勤務先    |            |            |          |         | ㉟ 労働者の勤務先 |         |              |   |
| ㊱ 労働者の勤務先    |            |            |          |         | ㊲ 労働者の勤務先 |         |              |   |
| ㊳ 労働者の勤務先    |            |            |          |         | ㊴ 労働者の勤務先 |         |              |   |
| ㊵ 労働者の勤務先    |            |            |          |         | ㊶ 労働者の勤務先 |         |              |   |
| ㊷ 労働者の勤務先    |            |            |          |         | ㊸ 労働者の勤務先 |         |              |   |
| ㊹ 労働者の勤務先    |            |            |          |         | ㊺ 労働者の勤務先 |         |              |   |
| ㊻ 労働者の勤務先    |            |            |          |         | ㊼ 労働者の勤務先 |         |              |   |
| ㊽ 労働者の勤務先    |            |            |          |         | ㊾ 労働者の勤務先 |         |              |   |
| ㊿ 労働者の勤務先    |            |            |          |         | ㊿ 労働者の勤務先 |         |              |   |

①労働災害に関する事項

②労働者の氏名

③労働者の住所

④労働者の職業

⑤労働者の勤務先

⑥労働者の勤務先

⑦労働者の勤務先

⑧労働者の勤務先

⑨労働者の勤務先

⑩労働者の勤務先

⑪労働者の勤務先

⑫労働者の勤務先

⑬労働者の勤務先

⑭労働者の勤務先

⑮労働者の勤務先

⑯労働者の勤務先

⑰労働者の勤務先

⑱労働者の勤務先

⑲労働者の勤務先

⑳労働者の勤務先

㉑労働者の勤務先

㉒労働者の勤務先

㉓労働者の勤務先

㉔労働者の勤務先

㉕労働者の勤務先

㉖労働者の勤務先

㉗労働者の勤務先

㉘労働者の勤務先

㉙労働者の勤務先

㉚労働者の勤務先

㉛労働者の勤務先

㉜労働者の勤務先

㉝労働者の勤務先

㉞労働者の勤務先

㉟労働者の勤務先

㊱労働者の勤務先

㊲労働者の勤務先

㊳労働者の勤務先

㊴労働者の勤務先

㊵労働者の勤務先

㊶労働者の勤務先

㊷労働者の勤務先

㊸労働者の勤務先

㊹労働者の勤務先

㊺労働者の勤務先

㊻労働者の勤務先

㊼労働者の勤務先

㊽労働者の勤務先

㊾労働者の勤務先

㊿労働者の勤務先

裏面のとおり

①労働者の氏名

②労働者の住所

③労働者の職業

④労働者の勤務先

⑤労働者の勤務先

⑥労働者の勤務先

⑦労働者の勤務先

⑧労働者の勤務先

⑨労働者の勤務先

⑩労働者の勤務先

⑪労働者の勤務先

⑫労働者の勤務先

⑬労働者の勤務先

⑭労働者の勤務先

⑮労働者の勤務先

⑯労働者の勤務先

⑰労働者の勤務先

⑱労働者の勤務先

⑲労働者の勤務先

⑳労働者の勤務先

㉑労働者の勤務先

㉒労働者の勤務先

㉓労働者の勤務先

㉔労働者の勤務先

㉕労働者の勤務先

㉖労働者の勤務先

㉗労働者の勤務先

㉘労働者の勤務先

㉙労働者の勤務先

㉚労働者の勤務先

㉛労働者の勤務先

㉜労働者の勤務先

㉝労働者の勤務先

㉞労働者の勤務先

㉟労働者の勤務先

㊱労働者の勤務先

㊲労働者の勤務先

㊳労働者の勤務先

㊴労働者の勤務先

㊵労働者の勤務先

㊶労働者の勤務先

㊷労働者の勤務先

㊸労働者の勤務先

㊹労働者の勤務先

㊺労働者の勤務先

㊻労働者の勤務先

㊼労働者の勤務先

㊽労働者の勤務先

㊾労働者の勤務先

㊿労働者の勤務先

※住所氏名  
 まれに氏名  
 れているの  
 被災者の氏

合には、  
 (▲)の所を各に折りさらに2つ折りにして下さい。

※住所氏名等の記入漏れがないか確認してください。  
まれに氏名欄に所属事業場の代表者等の名前を誤って記入されているのが見受けられますが不可ですので、近くの余白に被災者の氏名を書いていただくようご説明ください。

| 様式第1号の3(裏面) |                                                                                                                                                      | 通勤時間に関する事項                                              |   |   |   |   |                                                            |   |   |   |  |
|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---|---|---|---|------------------------------------------------------------|---|---|---|--|
| (イ)         | 災害時の通勤の増加<br>(該当する記号を記入)                                                                                                                             | イ. 住居から就業の場所への移動<br>ハ. 就業の場所からの住居への移動<br>ニ. イに及ぼす住居間の移動 |   |   |   |   | ロ. 就業の場所から住居への移動<br>ヘ. 就業の場所からの就業の場所への移動<br>ホ. ニに及ぼす住居間の移動 |   |   |   |  |
| (ウ)         | 食費又は雑用金の年月日及び時刻                                                                                                                                      | 年                                                       | 月 | 日 | 時 | 分 | 前                                                          | 後 | 時 | 分 |  |
| (ハ)         | 災害発生 の 場所                                                                                                                                            | (二) 災害の発生時刻(イ)に該当する場合は記載すること<br>(の時刻又は就業開始時刻)           |   |   |   |   |                                                            |   |   |   |  |
| (ホ)         | 就業開始の予定年月日及び時刻<br>(災害時の通勤の増加イ、ハ又はロに該当する場合は記載すること)                                                                                                    | 年                                                       | 月 | 日 | 時 | 分 | 前                                                          | 後 | 時 | 分 |  |
| (ヘ)         | 就業を終了した年月日及び時刻<br>(災害時の通勤の増加イ、ハ又はロに該当する場合は記載すること)                                                                                                    | 年                                                       | 月 | 日 | 時 | 分 | 前                                                          | 後 | 時 | 分 |  |
| (ニ)         | 就業を終了した年月日及び時刻<br>(災害時の通勤の増加イ、ハ又はロに該当する場合は記載すること)                                                                                                    | 年                                                       | 月 | 日 | 時 | 分 | 前                                                          | 後 | 時 | 分 |  |
| (ロ)         | 就業し場所を離れた年月日及び時刻<br>(災害時の通勤の増加イ、ハ又はロに該当する場合は記載すること)                                                                                                  | 年                                                       | 月 | 日 | 時 | 分 | 前                                                          | 後 | 時 | 分 |  |
| (リ)         | 災害時の通勤の増加に因る労働時間の縮減、方法及び所要時間並びに災害発生の日に居住又は就業の場所から災害発生地の場所に至った経路、方法、所要時間その他の状況                                                                        | [災害の通勤所要時間 時間 分]                                        |   |   |   |   |                                                            |   |   |   |  |
| (ヌ)         | 災害の原因及び発生状況<br>(イ) どのような理由で発生しているか<br>(ii) ゴのような理由で発生しているか<br>(iii) 次のような理由ではあるが十分な原因は不明である<br>(iv) 不明な点について説明せよ<br>(エ) 事故との関係が異なる場合はその理由も明記して記載すること |                                                         |   |   |   |   |                                                            |   |   |   |  |
| (ル)         | 災 害 者 の 住 所                                                                                                                                          |                                                         |   |   |   |   |                                                            |   |   |   |  |

[illegible]

〔標準字体記入にあたっての注意事項〕

 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。

1 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。

2 「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) キツテ → 

|   |   |   |
|---|---|---|
| キ | ツ | テ |
|---|---|---|

      キヨ → 

|   |   |
|---|---|
| キ | ヨ |
|---|---|

      パ → 

|   |   |
|---|---|
| ハ | ・ |
|---|---|

\_\_\_\_\_

シ ツ ソ ソ 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

☒ ☐ ☐ ☒ 100% 100% 100% 100%

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

1. The first step in the process of identifying a problem is to define the problem. 2. The second step is to identify the causes of the problem. 3. The third step is to develop a plan of action. 4. The fourth step is to implement the plan. 5. The fifth step is to evaluate the results of the plan.

派遣元事業主が証明する事項(表面の欄並びに(ロ)、(ハ)、(ニ)、(ホ)、(ト)、(チ))

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

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 |
|--|------------------------|

|      |                      |
|------|----------------------|
| 社会保険 | 作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示 |
|------|----------------------|

|       |    |    |    |    |      |      |      |
|-------|----|----|----|----|------|------|------|
| 姓名    | 性别 | 年龄 | 职业 | 住址 | 联系电话 | 电子邮箱 | 其他信息 |
| 劳 籍 士 |    |    |    |    |      |      |      |

記 載 欄

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

© 2006 The Authors  
Journal compilation © 2006 Blackwell Publishing Ltd

---

# 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）（拡大）

様式第5号(表面) 労働者災害補償保険  
業務災害用  
複数業務要因災害用  
療養補償給付及び複数事業労働者  
療養給付たる療養の給付請求書

裏面に記載してある注意  
事項をよく読んだ上で、  
記入してください。

| 標準字体 |   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 〃 | 。 | — |
|------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ア    | イ | ウ | エ | オ | カ | キ | ク | ケ | コ | サ | シ | ス | セ | ソ |
| タ    | チ | ツ | テ | ト | ナ | ニ | 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保留 ⑥処理区分 ④受付年月日

⑤労働保険番号 ⑧住所 ⑨労働者の生年月日 ⑩負傷又は発病年月日 ⑪再発年月日 ⑫労働者の氏名 ⑬三者 ⑭特疾 ⑮特別加入者 ⑯災害の原因及び発生状況

標準字体で記入してください。

※印の欄は記入しないでください。  
(職員が記入してください。)

⑤労働保険番号  
⑨生年月日  
⑩負傷年月日  
※レセプトへの転記誤りがないよう注意

⑯災害の原因及び発生状況 (あ) どのような場所で(い) どのような作業をしているときに(う) どのような物又は環境に(え) どのような不安全な又は有害な状態があつて(お) どのような災害が発生したか(か) ⑩と初診日が異なる場合はその理由を詳細に記入すること

# 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)

労働者災害補償保険

様式第6号(表面)

療養補償給付及び複数事業労働者療養給付たる療養の給付を受ける指定病院等(変更)届

労働基準監督署長 殿

年 月 日

届出者  
氏名  
住所  
電話番号

届出理由  
氏名  
住所  
電話番号

届出人の  
氏名  
住所  
電話番号

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

|                                                                                                                |                                     |                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|
| ① 労働者<br>氏名<br>住所<br>電話番号                                                                                      | ② 氏名<br>(男・女)<br>生年月日<br>住所<br>電話番号 | ③ 療養又は給付年月日<br>年 月 日<br>年 月 日 |
| ④ 年 金 証 書 の 事 項<br>賞与額<br>種類<br>西暦年<br>事 項                                                                     | ⑤ 労働者<br>氏名<br>住所<br>電話番号           | ⑥ 労働者<br>氏名<br>住所<br>電話番号     |
| ⑦ 災害の原因及び発生状況<br>(ア)どのような場所(イ)どのような作業をしていたときに(ウ)どのような物又は機械に(エ)どのような不安な又はきずな状態があった(オ)どのような災害が発生したかを簡単に記載すること。   |                                     |                               |
| ⑧ ⑦の事については、③及び④に記載したとおりであることを説明します。<br>事 業 の 名 称<br>年 月 日<br>事業場の所在地<br>事業主の氏名<br>(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) |                                     |                               |
| ⑨ 変更の<br>氏名<br>住所<br>電話番号                                                                                      | ⑩ 変更の<br>氏名<br>住所<br>電話番号           | ⑪ 変更の<br>氏名<br>住所<br>電話番号     |
| ⑫ 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受けることになった後に療養の給付を受けようとする指定病院等の<br>氏名<br>住所<br>電話番号                                |                                     |                               |

様式第6号(裏面)

|                                        |                                                                              |
|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| ② その既往歴の有無                             |                                                                              |
| 有<br>その場合のその際<br>(ただし裏面の事業場を含まない)<br>社 | 有<br>その場合でいずれかの事業場で特別加入している場合の特別加入状況(ただし裏面の事業場を含まない)<br>労働者災害補償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<br>年 月 日                                                               |

[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) ①、④及び⑤は記載する必要がないこと。  
(2) 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。
- ③「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。

|                        |                          |     |                  |
|------------------------|--------------------------|-----|------------------|
| 社会保険<br>労 務<br>士 記 載 欄 | 作成年月日・提出代行書・事務代理書の表<br>示 | 氏 名 | 電話番号<br>( )<br>— |
|------------------------|--------------------------|-----|------------------|



# 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) (拡大)

①労働保険番号または②労災年金証書番号

③生年月日

④負傷年月日

※レセプトへの転記誤りがないよう注意してください。

なお、傷病（補償）年金の場合、①は記入せず、②の労災年金証書の番号を記入してください。

月 日

方

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(変更するので)届けます。

|           |    |     |      |     |            |             |         |
|-----------|----|-----|------|-----|------------|-------------|---------|
| ① 労働保険番号  |    |     |      |     | ③ 氏名 (男・女) | ④ 負傷又は発病年月日 |         |
| 府県        | 所掌 | 管轄  | 基幹番号 | 枝番号 |            | 年           | 月 日     |
|           |    |     |      |     |            |             |         |
| ② 年金証書の番号 |    |     |      |     | 生年月日       | 年           | 月 日 (歳) |
| 管轄局       | 種別 | 西暦年 | 番号   |     | 住所         |             |         |
|           |    |     |      |     | 職種         |             |         |
|           |    |     |      |     |            | 午後          | 時 分頃    |

⑤ 災害の原因及び発生状況

(あ)どのような場所で(い)どのような作業をしているときに(う)どのような物又は環境に(え)どのような不安全な又は有害な状態があつて(お)どのような災害が発生したかを簡明に記載すること。

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)(拡大)

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

年 月 日

電話( )

事業場の所在地

事業主の氏名

(法人その他の団体であるときはその名称及び代表者の氏名)

|               |                                                                       |                                               |            |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------|
| ⑥<br>指定病院等の変更 | 変更前の                                                                  | 名称<br>△△△病院                                   | 所在地<br>〒 ー |
|               | 変更後の                                                                  | 名称<br>〇〇〇病院                                   | 所在地<br>〒 ー |
|               | 変更理由                                                                  | 労災指定医番号の記載があるか、<br>労災指定病院であるか、必ず確認<br>してください。 |            |
| ⑦             | 傷病補償年金又は複数事業<br>労働者傷病年金の支給を受<br>けることとなった後に療養<br>の給付を受けようとする指<br>定病院等の | 名称<br>所在地<br>〒 ー                              |            |
| ⑧             | 傷病名                                                                   |                                               |            |

# 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)(拡大)

|                                                                                                             |                                                       |     |                                                                                                             |  |                                                                                        |      |  |            |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------|------|--|------------|--|
| <div style="text-align: right;">年 月 日</div>                                                                 |                                                       |     |                                                                                                             |  |                                                                                        |      |  |            |  |
| <div style="background-color: #fde9d9; padding: 5px;">傷病（補償）年金へ移行する場合</div>                                 |                                                       |     |                                                                                                             |  |                                                                                        |      |  |            |  |
| ② 年金証書の番号                                                                                                   |                                                       |     |                                                                                                             |  |                                                                                        | 者の住所 |  | 午前 午後 時 分頃 |  |
| 管轄局                                                                                                         | 種別                                                    | 西暦年 | 番号                                                                                                          |  |                                                                                        | 職 種  |  |            |  |
|                                                                                                             |                                                       |     |                                                                                                             |  |                                                                                        |      |  |            |  |
| ⑤ 災害の原因及び発生状況 (あ)どのような場所で(い)どのような作業をしているときに(う)どのような物又は環境に(え)どのような不安全な又は有害な状態があつて(お)どのような災害が発生したかを簡明に記載すること。 |                                                       |     |                                                                                                             |  |                                                                                        |      |  |            |  |
| ⑥ 指定病院等の変更                                                                                                  | 所在地                                                   |     | <div style="background-color: yellow; padding: 10px;">           ②年金証書の番号の記載があるか、必ず確認してください。         </div> |  |                                                                                        |      |  |            |  |
|                                                                                                             | 変更後の                                                  |     |                                                                                                             |  |                                                                                        |      |  |            |  |
|                                                                                                             | 変更理由                                                  |     |                                                                                                             |  |                                                                                        |      |  |            |  |
| ⑦                                                                                                           | 傷病補償年金又は複数事業労働者傷病年金の支給を受けることとなった後に療養の給付を受けようとする指定病院等の |     | 名称                                                                                                          |  | <div style="border: 2px solid red; padding: 10px;">             ○○○病院           </div> |      |  |            |  |
| ⑧                                                                                                           | 傷 病 名                                                 |     |                                                                                                             |  |                                                                                        |      |  |            |  |

# 文書の様式の提出パターン

- 例 1 ①指定病院 → ②指定病院 → ③指定病院  
①様式5号（16号の3） → ②様式6号（16号の4） →  
③同左
- 例 2 ①非指定病院 → ②指定病院 → ③指定病院  
※①様式7号（16号の5） → ②様式5号（16号の3）  
→ ③様式6号（16号の4） ※提出先は管轄の監督署
- 例 3 ①指定病院 → ②指定病院 → ①指定病院（戻り）  
①様式5号（16号の3） → ②様式6号（16号の4）  
→ ①継続中、且つ、相当期間の空白がなければ提出不要
- 例 4（特殊） ①指定病院 → ②指定病院  
①自賠償保険 → ②様式5号（16号の3）

※各例示の上段は指定or非指定病院の区分、下段は提出する様式の種類

# 労災診療費の算定

労災保険の算定については、原則、健康保険の診療報酬点数表に従って算定しますが、以下の内容については、労災保険独自の基準により算定することとなっています。

初診料、療養の給付請求書取扱料、救急医療管理加算、外来管理加算の特例、四肢に対する特例、処置、リハビリテーションなどがあります。

# 直近（令和6年度）に 改正された労災診療費 算定基準について

# ①令和6年4月からの診療に適用

## 労災電子化加算

労災保険指定医療機関が、都道府県労働局に対して電子レセプトで診療費の請求を行った場合に、レセプト1件につき5点を算定。

- 薬剤費レセプトは対象外。
- 労災電子化加算の措置期間は、令和8年3月診療分まで。

## ②令和6年6月からの診療に適用

### (1) 初診料

健康保険において初診料が引き上げられたことに伴い、労災保険においても下表のとおり引き上げる。(赤字下線部分)

|                       | 健康保険                                       | 労災保険                                                                                   |
|-----------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 科目                  | 288点 (2,880円)<br>↓<br><u>291点 (2,910円)</u> | 3,820円<br>(選定療養費を徴収する<br>場合は1,820円)<br>↓<br><u>3,850円</u><br>(選定療養費を徴収する<br>場合は1,850円) |
| 同一日 2 科目<br>(注5 ただし書) | 144点 (1,440円)<br>↓<br><u>146点 (1,460円)</u> | 1,910円<br>↓<br><u>1,930円</u>                                                           |

## (2) 再診料

健康保険において再診料が引き上げられたことに伴い、労災保険においても下表のとおり引き上げる。(赤字下線部分)

|                      | 健康保険                                 | 労災保険                                                                                                                         |
|----------------------|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 科目                 | 73点 (730円)<br>↓<br><u>75点 (750円)</u> | 1,400円<br>(選定療養費を徴収する<br>場合は1,000円(※))<br>※歯科、歯科口腔外科のみ<br>↓<br><u>1,420円</u><br>(選定療養費を徴収する<br>場合は1,020円(※))<br>※歯科、歯科口腔外科のみ |
| 同一日 2 科目<br>(注3ただし書) | 37点 (370円)<br>↓<br><u>38点 (380円)</u> | 700円<br>↓<br><u>710円</u>                                                                                                     |

### (3) 入院時食事療養費

健康保険における入院時食事療養の費用の額が引き上げられたことから、労災保険において算定できる額を下表のとおり引き上げる。（赤字下線部分）

|                 |                 | 健康保険               | 労災保険               |
|-----------------|-----------------|--------------------|--------------------|
| 入院時食事療養費<br>(Ⅰ) | ① ②以外の食事療養を行う場合 | 640円 ⇒ <u>670円</u> | 770円 ⇒ <u>800円</u> |
|                 | ② 流動食のみを提供する場合  | 575円 ⇒ <u>605円</u> | 690円 ⇒ <u>730円</u> |
|                 | ③ 特別食加算         | 76円                | 90円                |
|                 | ④ 食堂加算          | 50円                | 60円                |
| 入院時食事療養費<br>(Ⅱ) | ① ②以外の食事療養を行う場合 | 506円 ⇒ <u>536円</u> | 610円 ⇒ <u>640円</u> |
|                 | ② 流動食のみを提供する場合  | 460円 ⇒ <u>490円</u> | 550円 ⇒ <u>590円</u> |

## (4) リハビリテーション

健康保険において、疾患別リハビリテーションの実施者ごとの訓練実態を把握可能となるよう、実施者を明確化した評価体系に見直されたことを踏まえ、同様に見直す（赤字下線）。

### 算定点数は変更なし

|                            |                 |
|----------------------------|-----------------|
| ア 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）（１単位） | <del>250点</del> |
| （ア）理学療法士による場合              | 250点            |
| （イ）作業療法士による場合              | 250点            |
| （ウ）医師による場合                 | 250点            |
| （エ）看護師による場合                | 250点            |
| （オ）集団療法による場合               | 250点            |

|                            |                 |
|----------------------------|-----------------|
| イ 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）（１単位） | <del>125点</del> |
| （ア）理学療法士による場合              | 125点            |
| （イ）作業療法士による場合              | 125点            |
| （ウ）医師による場合                 | 125点            |
| （エ）看護師による場合                | 125点            |
| （オ）集団療法による場合               | 125点            |

|                            |                 |
|----------------------------|-----------------|
| ウ 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）（１単位） | <del>250点</del> |
| （ア）理学療法士による場合              | 250点            |
| （イ）作業療法士による場合              | 250点            |
| （ウ）言語聴覚士による場合              | 250点            |
| （エ）医師による場合                 | 250点            |

|                            |                 |
|----------------------------|-----------------|
| エ 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）（１単位） | <del>200点</del> |
| （ア）理学療法士による場合              | 200点            |
| （イ）作業療法士による場合              | 200点            |
| （ウ）言語聴覚士による場合              | 200点            |
| （エ）医師による場合                 | 200点            |

|                            |                 |
|----------------------------|-----------------|
| オ 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）（１単位） | <del>100点</del> |
| （ア）理学療法士による場合              | 100点            |
| （イ）作業療法士による場合              | 100点            |
| （ウ）言語聴覚士による場合              | 100点            |
| （エ）医師による場合                 | 100点            |
| （オ）（ア）から（エ）まで以外の場合         | 100点            |

|                           |                 |
|---------------------------|-----------------|
| カ 廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）（１単位） | <del>250点</del> |
| （ア）理学療法士による場合             | 250点            |
| （イ）作業療法士による場合             | 250点            |
| （ウ）言語聴覚士による場合             | 250点            |
| （エ）医師による場合                | 250点            |

|                           |                 |
|---------------------------|-----------------|
| キ 廃用症候群リハビリテーション料（Ⅱ）（１単位） | <del>200点</del> |
| （ア）理学療法士による場合             | 200点            |
| （イ）作業療法士による場合             | 200点            |
| （ウ）言語聴覚士による場合             | 200点            |
| （エ）医師による場合                | 200点            |

|                           |                 |
|---------------------------|-----------------|
| ク 廃用症候群リハビリテーション料（Ⅲ）（１単位） | <del>100点</del> |
| （ア）理学療法士による場合             | 100点            |
| （イ）作業療法士による場合             | 100点            |
| （ウ）言語聴覚士による場合             | 100点            |

|                    |      |
|--------------------|------|
| （エ）医師による場合         | 100点 |
| （オ）（ア）から（エ）まで以外の場合 | 100点 |

|                         |                 |
|-------------------------|-----------------|
| ケ 運動器リハビリテーション料（Ⅰ）（１単位） | <del>190点</del> |
| （ア）理学療法士による場合           | 190点            |
| （イ）作業療法士による場合           | 190点            |
| （ウ）医師による場合              | 190点            |

|                         |                 |
|-------------------------|-----------------|
| コ 運動器リハビリテーション料（Ⅱ）（１単位） | <del>180点</del> |
| （ア）理学療法士による場合           | 180点            |
| （イ）作業療法士による場合           | 180点            |
| （ウ）医師による場合              | 180点            |

|                         |                |
|-------------------------|----------------|
| サ 運動器リハビリテーション料（Ⅲ）（１単位） | <del>85点</del> |
| （ア）理学療法士による場合           | 85点            |
| （イ）作業療法士による場合           | 85点            |
| （ウ）医師による場合              | 85点            |
| （エ）（ア）から（ウ）まで以外の場合      | 85点            |

|                         |                 |
|-------------------------|-----------------|
| シ 呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）（１単位） | <del>180点</del> |
| （ア）理学療法士による場合           | 180点            |
| （イ）作業療法士による場合           | 180点            |
| （ウ）言語聴覚士による場合           | 180点            |
| （エ）医師による場合              | 180点            |

|                         |                |
|-------------------------|----------------|
| ス 呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）（１単位） | <del>85点</del> |
| （ア）理学療法士による場合           | 85点            |
| （イ）作業療法士による場合           | 85点            |
| （ウ）言語聴覚士による場合           | 85点            |
| （エ）医師による場合              | 85点            |

## (5) 術中透視装置使用加算

下記の部位を負傷した被災労働者に対して、医療機関が特定の手術を実施する際に、術中透視装置を使用した場合、1部位当たり220点を加算。（赤字下線部分を追加）

| 負傷の部位                                                       | 対象となる手術                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 大腿骨、下腿骨、上腕骨、前腕骨、手根骨、中手骨、手の種子骨、指骨、足根骨、膝蓋骨、足趾骨、 <u>中足骨、鎖骨</u> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ K046 骨折観血的手術</li> <li>・ K045 骨折経皮的鋼線刺入固定術</li> <li>・ K044 骨折非観血的整復術</li> <li>・ K061 関節脱臼非観血的整復術</li> <li>・ K073 関節内骨折観血的手術</li> </ul>                                    |
| 脊椎                                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ K142-4 経皮的椎体形成術</li> <li>・ K142 脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術</li> </ul>                                                                                                             |
| <u>骨盤</u>                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ <u>K121 骨盤骨折非観血的整復術、</u></li> <li>・ <u>K124 腸骨翼骨折観血的手術、</u></li> <li>・ <u>K124-2 寛骨臼骨折観血的手術、</u></li> <li>・ <u>K125 骨盤骨折観血的手術（腸骨翼骨折観血的手術及び寛骨臼骨折観血的手術を除く。）</u></li> </ul> |

## (6) 職場復帰支援・療養指導料

新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更等に伴い、「新興感染症（新型コロナウイルス感染症）罹患後症状の場合」は、今後「その他の疾患の場合」の要件及び点数で算定する。

| 精神疾患を主たる傷病とする場合                                                                                                         | その他の疾患の場合                                                                                                               | 新興感染症（新型コロナウイルス感染症）罹患後症状の場合                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 初回 900点</li> <li>・ 2回目 560点</li> <li>・ 3回目 450点</li> <li>・ 4回目 330点</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 初回 680点</li> <li>・ 2回目 420点</li> <li>・ 3回目 330点</li> <li>・ 4回目 250点</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ <del>初回 600点</del></li> <li>・ <del>2回目 500点</del></li> </ul> |

「その他の疾患の場合」の要件及び点数で算定

## (6) 職場復帰支援・療養指導料【対象者】

新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更等に伴い、「新興感染症（新型コロナウイルス感染症）罹患後症状の場合」は、今後「その他の疾患の場合」の要件及び点数で算定する。

|            | 精神疾患を主病<br>・<br>その他の疾患                                                                  | <div data-bbox="1580 334 1779 418" style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">削除</div><br><del>新興感染症<br/>—(新型コロナウイルス感染症)—<br/>罹患後症状</del>                       |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対象となる被災労働者 | 入院治療後通院療養を継続しながら就労が可能と医師が認める者<br>又は<br>入院治療を伴わず通院療養を <b>2か月以上継続して</b> いる者で就労が可能と医師が認める者 | <del>             —入院治療後<b>罹患後症状の治療のため</b><br/> <b>に</b>通院療養を継続しながら就労が可能と医師が認める者<br/>             又は<br/>             —就労が可能と医師が認める者で、<b>入院治療を伴わず罹患後症状のため初回受診後1か月以上の通院療養が見込まれる者</b> </del> |

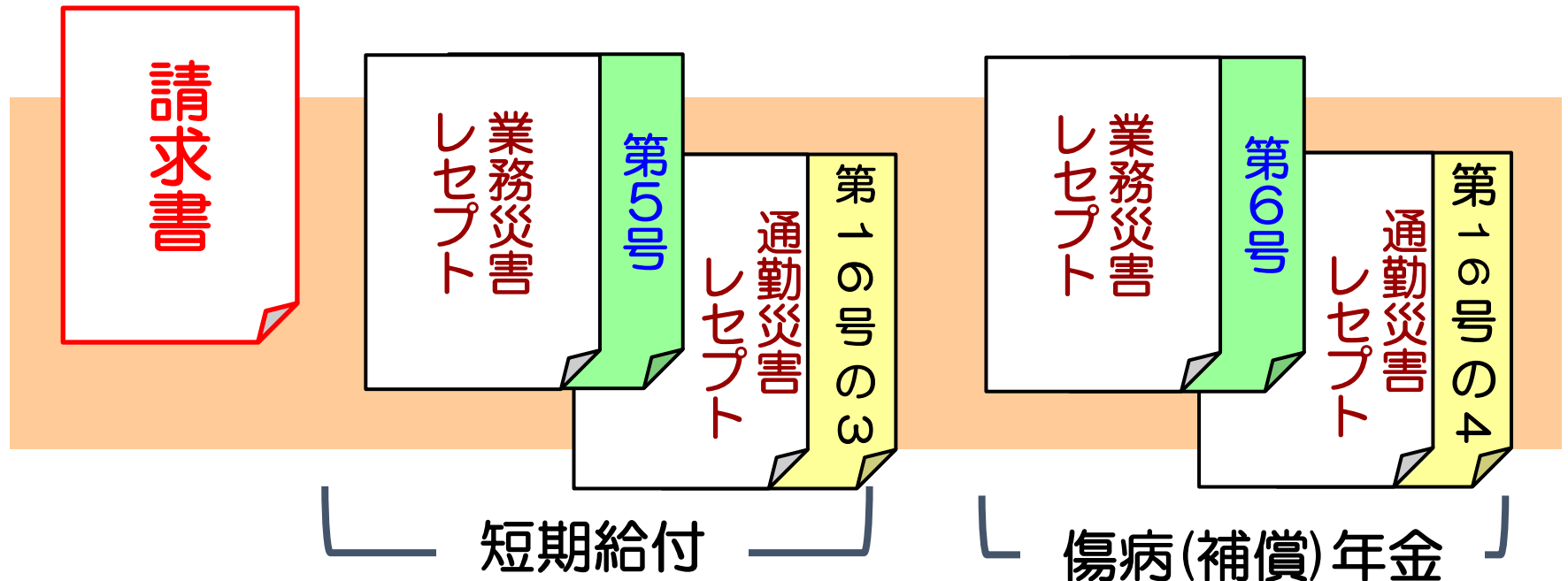
# 労災診療費請求書の作成に当たって

- 1 請求書・レセプトの編綴順序
- 2 記入要領
- 3 その他レセプト作成時の注意事項等

令和7年度版 労災診療費算定実務講座  
請求手続き P205～参照

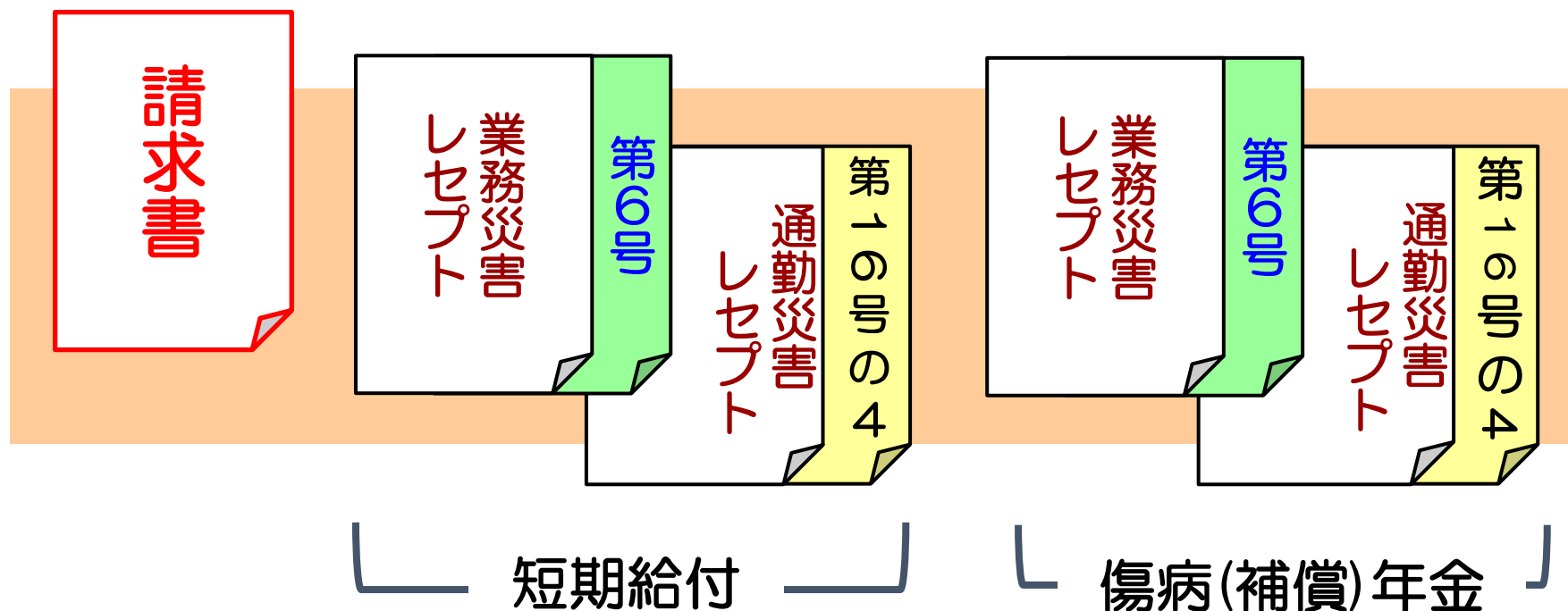
# 請求書・レセプトの編綴順序

## 初回分



# 請求書・レセプトの編綴順序

## 継続分（第2回目以降）



※ 「転医始診」の場合、**様式第6号** 又は  
**様式第16号の4** を添付

# 記入要領

## 文字の記入例

- 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 7  
5 2 7 0 4 3 0  
~~消しゴム  
修正ペン~~

※請求書の「請求金額」欄・・・訂正不可

ホッチキス止めなどしないでください。

33

# 記入要領

## 診療費請求内訳書（レセプト）

診療機式第3号

第 1 回 (同一傷病について)

指定病院等の番号 1 2 3 4 5 6 7

病院名 ○○○病院

帳票種別 3 4 7 2 2

請求回数

④ 労働保険番号 4 0 1 1 2 1 2 3 4 5 6 0 0 0

⑤ 生年月日 5 5 8 1 0 2 5

⑥ 傷病年月日 9 0 7 0 9 0 6

⑦ 療養期間 9 0 7 0 9 0 6 - 9 0 7 0 9 3 0

⑧ 診療実日数 1 日

⑨ 金額 5 0 0 0 円

労働者の氏名

事業の名称

事業場の所在地

傷病の部位及び傷病名 左足第5趾骨折

傷病の経過 積み荷を左足に落とし来院。左足第5趾骨折に対しギプス固定し経過観察中。

金額の頭に  
マークは不要

傷病名と経過を記入

必ず記入  
必ず枝番号まで記入  
負傷又は発病年月日  
記入漏れのないように

# 記入要領

## 診療費請求内訳書（レセプト）

新継再別コード

|                                           |  |                                                                  |  |
|-------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------|--|
| 指定病院等の番号                                  |  | 病院等の名称                                                           |  |
| 帳票種別<br>34722                             |  | 修正項目番号                                                           |  |
| ①新継再別<br>1初診<br>3転医始診<br>5継続<br>7再発       |  | ②転帰事由<br>1治癒<br>3継続<br>5再発<br>7死亡                                |  |
| ④労働保険番号<br>府県所管管轄基幹番<br>1明治<br>3大正<br>5昭和 |  | ③支払額<br>百万 十万 万 千 百 十 円<br>5増減コード及び増減額<br>増十減一<br>10万 1万 千 百 十 円 |  |
| ⑥生年月日<br>元号 年 月 日                         |  | ⑦傷病年月日<br>元号 年 月 日                                               |  |
| ⑧決定年月日<br>元号 年 月 日                        |  | ⑨決定年月日<br>元号 年 月 日                                               |  |

初診：1  
再発：7  
転医始診：3  
継続：5

### 療養の給付請求書

様式第5号（業務災害用）、様式第16号の3（通勤災害用）の場合

初診 → 1      再発 → 7

### 指定病院等変更届

様式第6号（業務災害用）、様式第16号の4（通勤災害用）の場合

転医始診 → 3

### 上記以外

継続 → 5

# 記入要領

## 診療費請求内訳書（レセプト）

診機様式第3号  
第 1 回 (同一傷病について)

指定病院 1 2 3 4 5 6 7 病院等 〇〇〇病院  
等の番号 の名称

①新継再別 ②診療事由 ③支払額

1 初診 1 診療中止  
3 転医 3 診療中止  
5 再診 5 診療中止  
7 再診 7 診療中止

④ 府県所管管轄基幹番号枝番号  
労働保険番号 4 0 1 1 2 1 2 3 4 5 6 0 0 0

⑤ 生年月日 ⑥ 傷病年月日  
5 5 8 1 0 2 5 9 0 7 0 9 0 6

⑦ 療養期間 9 0 7 0 9 0 6 - 9 0 7 0 9 2 2

⑧ 診療実日数 〇 〇 〇 日 合計額 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇

労働者の氏名 △△△△△ ( 歳) 傷病の部位及び傷病名 左足第5趾骨折

※令和7年9月22日を治ゆ（症状固定）日とした場合

治ゆコード：1

誤：R7年9月30日

正：R7年9月22日

# 記入要領

## 診療費請求内訳書（レセプト）

診機様式第3号  
第2回（同一傷病）について

|              |               |            |       |
|--------------|---------------|------------|-------|
| 指定病院<br>等の番号 | 1 2 3 4 5 6 7 | 病院等<br>の名称 | 〇〇〇病院 |
|--------------|---------------|------------|-------|

帳票種別 修正項目番号  
3 4 7 2 2 □ □

①新継再別 ②転帰事由  
1初診 ① 1 治癒 ②  
3転医 ③ 3 3 遷延 ③  
5継続 ④ 4 4 中止 ④  
7再発 ⑤ 5 5 死亡 ⑤

④労働保険番号  
元号 年 月 日 元号 年 月 日  
5 5 8 1 0 2 5 9 0 7 0 9 0 6

⑩療養期間  
9 0 7 0 9 0 6 - 9 0 7 0 9 3 0

⑪診療実日数  
9 9 9

「999」を記入

※休業証明料のみを請求する場合

必ず記入

休業証明期間

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 | 左足第5趾骨折                             |
| 事業の名称   | △△△ 株式会社       | 傷病の経過      | 積み荷を左足に落とし来院。左足第5趾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 都府道県 〇〇 郡区市 |            |                                     |

# 記入要領

## 診療費請求内訳書（レセプト）

診療機様式第3号  
第3回（同一傷病について）

|          |         |        |       |
|----------|---------|--------|-------|
| 指定病院等の番号 | 1234567 | 病院等の名称 | 〇〇〇病院 |
|----------|---------|--------|-------|

|                |         |                            |                       |             |
|----------------|---------|----------------------------|-----------------------|-------------|
| 帳票種別           | 修正項目番号  | ①新継再別                      | ②転居事由                 | ③支払額        |
| 34722          | □□      | 1初診<br>3転医始診<br>5継続<br>7再発 | 1治療継続<br>3治療中止<br>5再発 | 百 万 千 百 十 円 |
| ④労働保険番号        | ⑤生年月日   | ⑥傷病年月日                     | ⑦療養期間                 | ⑧診療実日数      |
| 40112123456000 | 5581025 | 9070606                    | 9070926-9070926       | 999         |
| ⑨合計額           | ⑩文書作成日  | 職員記入欄（この欄は記入しないでください。）     |                       |             |
| □□□5000        | □□□     |                            |                       |             |

必ず記入  
※症状照会文書料を請求する場合  
文書作成日

|         |               |            |                                     |
|---------|---------------|------------|-------------------------------------|
| 労働者の氏名  | 労働 一男 (〇〇歳)   | 傷病の部位及び傷病名 | 左足第5趾骨折                             |
| 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。左足第5趾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 郡区市 |            |                                     |

# 記入要領

## 診療費請求内訳書（レセプト）

■ 診機様式第3号

第〇回 (同一傷病  
について)

指定病院  
等の番号

1234567

病院等  
の名称

〇〇〇病院

帳票種別

34722

修正項目番号

□□

①新継再別 ②転帰事由

1初診  
3転医  
5継続  
7再発  
5  
1治癒  
3継続  
5中止  
7死亡  
1

※障害診断書料のみを  
請求する場合

④ 府県所管管轄基幹番号枝番号  
40112123456000

⑥ 生年月日  
5581025

⑦ 傷病年月日  
9070413

⑩ 療養期間  
9071010-9071010

⑪ 診療  
実日数  
999日

⑬ 合計額  
⑦+⑩  
4000

⑧ 増減理由  
□□

⑨ 決定年月日  
□□□□□□

1~9年は右へ 1~9月は右へ 1~9日は右へ

⑫ 処理区分  
□□

← 文書作成日

修正欄  
□□□□□□□□□□□□□□□□

診療  
費

労働者  
の氏名

労働 一男

(〇〇 歳)

事業の  
名称

△△△ 株式会社

事業場の  
所在地

〇〇 都府  
道県

〇〇 郡区  
市

傷病の部位  
及び  
傷病名

左足第5趾骨折

傷病経過

令和7年9月22日症状固定と判断し、  
障害診断書を作成した。

職員記入欄（この欄は記入しないでください。）

# 記入要領

## 診療費請求内訳書（レセプト）

下記のように印字ずれがあると読み取れません。

| 診療機様式第3号        |  | 指定病院等の番号        |  | 病院等の名称                              |  |
|-----------------|--|-----------------|--|-------------------------------------|--|
| 第4回 (同一傷病について)  |  |                 |  |                                     |  |
| ③ 帳票種別          |  | ④ 修正項目番号        |  | ⑤ 新継再別 ⑥ 転帰事由                       |  |
| 34722           |  |                 |  | 1初診 5 1治癒 3                         |  |
| ⑦ 労働保険番号        |  | ⑧ 年 月 日         |  | ⑨ 支払額                               |  |
| 40112123456000  |  | 5581025 9070906 |  |                                     |  |
| ⑩ 療養期間          |  | ⑪ 診療日数          |  | ⑫ 合計額                               |  |
| 9071026 9071026 |  | 999 日           |  | 5000                                |  |
| ⑬ 療養費           |  | ⑭ 傷病の部位及び傷病名    |  | ⑮ 傷病の経過                             |  |
| 診療              |  | 左足第5趾骨折         |  | 積み荷を右足に落とし来院。左足第5趾骨折に対しギプス固定し経過観察中。 |  |
| 療費              |  | 事業の名称           |  | 事業場の所在地                             |  |
|                 |  | 都府道県            |  | 郡区市                                 |  |

数字の記入は帳票種別番号  
34722のように枠内に記  
入してください。

# その他レセプト作成時の注意事項

- レセプトの摘要欄に書ききれないとき

➡ 所定様式の「続紙」を使用。

- 請求点数10万点以上のレセプト

症状詳記、日計表 を添付。

➡ また、手術が複数の手術野に及ぶ場合は  
手術記録やX線等画像も併せて添付。

- 添付書類の大きさ

➡ レセプトサイズ（A4サイズ）に合わせる。

# 電子レセプトの添付書類

- 様式第5号等「療養の給付請求書」
- 様式第6号等「指定病院等変更届」
- 労災リハビリテーション評価計画書  
等の紙媒体

➡ 毎月10日までに分室あて郵送  
必着のこと。

# 「労災リハビリテーション計画書」について

## 労災リハビリテーション評価計画書

|                                            |     |          |     |   |   |
|--------------------------------------------|-----|----------|-----|---|---|
| 患者氏名：                                      | 男・女 | 生年月日（西暦） | 年   | 月 | 日 |
| 原因疾患                                       |     |          |     |   |   |
| 【 心大血管疾患・脳血管疾患等・運動器・呼吸器 （該当するものに○をして下さい） 】 |     |          |     |   |   |
| リハビリテーション起算日（発症日、手術日、急性増悪の日、治療開始日）         |     |          |     |   |   |
| 年 月 日                                      |     |          |     |   |   |
| 現在の評価及び前回評価計画書作成日（ 年 月 日）からの改善・変化等         |     |          |     |   |   |
| 治療目標等                                      |     |          |     |   |   |
| (1) 制限日数を超過して行うべき医学的所見（必要性・医学的效果等）         |     |          |     |   |   |
| (2) 目標到達予想時期： 年 月頃                         |     |          |     |   |   |
| (3) その他特記事項                                |     |          |     |   |   |
| 評価計画書作成日： 年 月 日                            |     |          |     |   |   |
| 医療機関名                                      |     |          | 医 師 |   |   |

## 治療目標等

(1) 標準的算定日数を超過して行うべき医学的所見（必要性・医学的效果等）

(2) 目標到達予想時期： 年 月頃

(3) 評価計画書作成日 年 月 日

注1 本計画書は、制限日数を超過した日の属する請求月以降、毎月の診療費請求内訳書に添付すること。  
注2 前回評価計画書作成日からの改善・変化等の記載については、初回評価計画書作成日においては不要であること。

# レセプト審査に当たって

- 手術記録、レントゲン写真等

➡ 先に説明しました41ページのその他レセプト作成時の注意事項にて、複数の手術野に及ぶ場合は添付をお願いする旨記載していますが、それ以外の単部位手術等の場合でも、診療指導委員会の先生方からの求めにより送付をお願いする場合があります。

# 労災指定病院等登録（変更）報告書

■ 診機様式第21号

提出用 2/2

提出用 2 / 2

|                                                                                                                   |                  |   |   |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---|---|--|
| 帳票種別<br><div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-family: monospace; font-size: 1.2em;">34562</div> | 労災指定病院等登録(変更)報告書 | 裁 | 係 |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---|---|--|

①指定番号：新規登録の場合は無記入

※新規登録の場合は職員が記入します。

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

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

※新設科目については該当する全ての科目に「1」を記入してください。

■ 診機様式第20号

提出用 1/2

提出用 1 / 2

|                                                                                                                   |                  |   |   |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---|---|--|
| 帳票種別<br><div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-family: monospace; font-size: 1.2em;">34561</div> | 労災指定病院等登録(変更)報告書 | 裁 | 係 |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---|---|--|

①指定番号：新規登録の場合は無記入

※新規登録の場合は職員が記入します。

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

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

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ください。

⑤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ください。

⑥代表者の氏名(カタカナ)：姓と名の間は1字あけて記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

⑦診療科目

|    |      |
|----|------|
| 10 | 消化器科 |
| 17 | 形成外科 |
| 24 | 肛門科  |
| 30 | 放射線科 |
| 37 | 美容外科 |
| 44 | その他  |

⑧郵便コード

提出の際折り曲げる場合には中央で切り離し( )の所を

※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上

これら様式は複写式のため、ダウンロードできませんので、労働局にて直接取得（請求）してください。

# 労災指定病院等登録（変更）報告書

様式第20号・21号 裏面

提出用裏面

提出年月日

年 月 日

指定病院等の名称

代表者の氏名

提出年月日、名称、代表者名を記入して下さい。

# 労災指定病院等登録（変更）報告書

■ 診機様式第20号

提出用 1 / 2

提出用 1 / 2

帳票種別

3
4
5
6
1

## 労災指定病院等登録(変更)報告書

調整宮 係

① 指定番号：新規登録の場合は無記入

② 指定コード

③ 変更コード

新規に登録するとき  
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)  
登録している内容を変更するとき  
登録を取消するとき  
指定取消年月日を取消するとき

提出の欄は

提出の欄は

| 診療機式第21号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | 提出用2/2                                                                     |  | 提出用2/2                                                                                 |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 帳票種別<br><div>34562</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | 労災指定病院等登録(変更)報告書                                                           |  | 裁                                                                                      |  |
| ①指定番号：新規登録の場合は無記入<br><div> <div> <div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div> </div> </div> ※新規登録の場合は職員が記入します。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | ②指定コード<br>1...労災指定医療機関のみ<br>2...労災指定等給付医療機関のみ<br>3...労災指定医療機関及び二次健診等給付医療機関 |  | ③変更コード<br>無記入...新規に登録するとき<br>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)<br>2...登録している内容を変更するとき |  |
| ※診療科目については該当する全ての科目に「1」を記入してください。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                            |  |                                                                                        |  |
| <div> <div>④</div><div>⑤</div><div>⑥</div><div>⑦</div><div>⑧</div><div>⑨</div><div>⑩</div> </div> <div> <div>⑪</div><div>⑫</div><div>⑬</div><div>⑭</div><div>⑮</div><div>⑯</div><div>⑰</div> </div> <div> <div>⑱</div><div>⑲</div><div>⑳</div><div>㉑</div><div>㉒</div><div>㉓</div><div>㉔</div> </div> <div> <div>㉕</div><div>㉖</div><div>㉗</div><div>㉘</div><div>㉙</div><div>㉚</div><div>㉛</div> </div> <div> <div>㉜</div><div>㉝</div><div>㉞</div><div>㉟</div><div>㊱</div><div>㊲</div><div>㊳</div> </div> <div> <div>㊴</div><div>㊵</div><div>㊶</div><div>㊷</div><div>㊸</div><div>㊹</div><div>㊺</div> </div> |  |                                                                            |  |                                                                                        |  |
| ※数字は右詰めで記入してください。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                            |  |                                                                                        |  |
| ⑭医師数<br><div> <div></div><div></div><div></div><div></div> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | ⑮看護士数<br><div> <div></div><div></div><div></div><div></div> </div>         |  | ⑯薬剤師数<br><div> <div></div><div></div><div></div><div></div> </div>                     |  |
| ⑰病床数<br><div> <div></div><div></div><div></div><div></div> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | ⑱その他の従業員数<br><div> <div></div><div></div><div></div><div></div> </div>     |  | ⑲病床数<br><div> <div></div><div></div><div></div><div></div> </div>                      |  |
| ※二次健診等費用の振替情報(口座振替)(労災診療費)と異なる場合は、二次健診等給付医療機関のみの指定申請をした場合に                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                            |  |                                                                                        |  |

それぞれに  
指定医番号  
を記入

# 入院室料額届

## 入院室料額届

|             |       |         |
|-------------|-------|---------|
| 労災指定医療機関番号  |       | 地 域     |
| 医 療 機 関 名 称 |       | 甲・乙     |
| 種 別         | 室 料 額 | 病 室 番 号 |
| 個 室         | 円     |         |
|             | 円     |         |
|             | 円     |         |
|             | 円     |         |
|             | 円     |         |
| 2人部屋        | 円     |         |
|             | 円     |         |
|             | 円     |         |
| 3人部屋        | 円     |         |
|             | 円     |         |
|             | 円     |         |
| 4人部屋        | 円     |         |
|             | 円     |         |
|             | 円     |         |
|             | 円     |         |
| 全 病 床 数 床   |       | 床       |

※室料額は消費税を  
除いた金額を記入

※ 室料額は消費税を除いた表示額を記載して下さい。

※ 病室の位置が確認できる平面図を添付して下さい。

|               |       |
|---------------|-------|
| 監 視 装 置 の 有 無 | 有 ・ 無 |
|---------------|-------|

年 月 日

福岡労働局長 殿

名 称

所 在 地

代表者氏名

印

# 労災保険指定医療機関休止・辞退届

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法施行規則第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  | 年 月 日        |
| 休止・辞退する理由 |              |
| 休止予定期間    | 年 月 日～ 年 月 日 |

年 月 日

〇〇労働局長 殿

住所  
開設者  
氏名

印

# 労災保険指定医療機関休止・辞退届

|               |               |
|---------------|---------------|
| 休 止・辞 退 年 月 日 | 令和7年9月30日     |
| 休止・辞退する理由     | 例：閉院のため       |
| 休 止 予 定 期 間   | 年 月 日 ～ 年 月 日 |

労災指定医療機関・労災指定薬局の皆様へ

# 労災レセプトは オンライン請求が便利です

届け出・設定などの詳細は、厚生労働省HPをご覧ください。

労災レセプト電算処理システム

 検索

労災レセプトをオンライン請求にすると、導入支援金を受け  
ることができます。

詳しくは、こちらのURLをご覧ください。

労災レセプトオンライン化ナビ

<https://www.rourece.mhlw.go.jp/>



厚生労働省・都道府県労働局

オンライン請求開始の流れについては、  
届出様式の取得も含めて、  
厚生労働省HPをご覧ください。

労災オンライン請求

🔍 検索



オンラインによる請求の場合 | 厚生労働省

※「(労災)電子情報処理組織の使用による費用の請求に関する届出」  
もダウンロードできます。

( 労災 ) 電子情報処理組織の使用による費用の請求に関する届出

電子情報処理組織の使用による費用の請求を ( 開始 ・ 変更 ) することを届け出ます。

また、労災レセプト電算処理システム利用規約に同意します。

令和 年 月 日

( 都道府県労働局名 ) 御中

住所  
開設者  
氏名

|                             |          |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |      |
|-----------------------------|----------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 労災指定医療機関番号                  |          | 点 数 表 区 分                               | 医 科 ・ 歯 科 ・ 調 剤<br>医科 ( ｱﾌﾀｰﾹｱ ) ・ 調剤 ( ｱﾌﾀｰﾹｱ )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |      |
| 労災指定医療機関名                   |          | 労災指定医療機関名<br>( カナ )                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |      |
| 電 話 番 号                     |          | 郵 便 番 号                                 | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></div> </div> |      |
| 労災指定医療機関所在地                 |          | 労災指定医療機関所在地<br>( カナ )                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |      |
| 医療機関 ( 薬局 ) コード             |          | 請求開始・変更年月                               | 令和 年 月 請求分から                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |      |
| レセコンのプログラム名称                |          | レセコンのソフトメーカー名<br>( プログラムの作成者の氏名 )       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |      |
| パソコンの基本ソフト ( OS )<br>・ ブラウザ |          | オンライン請求システムに係る安全対策の規程 ( セキュリティ ・ ポリシー ) | 有 ・ 無                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |      |
| 電 気 通 信 回 線                 | IP-VPN接続 | ISDN<br>ダイヤルアップ接続<br>( - - )            | インターネット接続<br>IPsec+IKE 提供事業者名 ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ※受付印 |
| 確認試験の実施                     | 有 ・ 無    |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |      |
| 備 考                         |          |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |      |

※労災保険指定医療機関とは、労災保険指定医療機関、労災病院及び労災保険指定薬局のことをいう。

※医療機関コードは厚生局から振り出された番号ですのでお間違えのないよう記入ください。

もし、番号が誤っていた場合は、初期設定の際に連携できずエラーとなり再度届出が必要となります。

# 診療費関係のお問い合わせの際のお願い

- 1 お問い合わせ先について（違う場所にありますのでそれぞれにお掛けください。）  
（１）福岡労働局労災補償課分室 092-433-7225

労災の診療費算定やレセプト請求に関すること、指定医療機関等の新規申請や変更届、電子申請利用の届出に関すること。

- （２）福岡労働局労災補償課 092-411-4799

労災のアフターケア制度や当該レセプト請求に関すること、労災二次健康診断の給付や費用請求に関すること。

- 2 労災の診療費算定やレセプト請求、内容に関するお問い合わせについて

労災診療費の内容審査等は、医療機関毎に担当者が決められており、当局の非常勤職員である専門員が担当しております。

ついては、これらに関するお問い合わせの際は、個別の内容のことが多いため、９時から１６時３０分までの間にお問い合わせしていただくようご協力をお願いします。