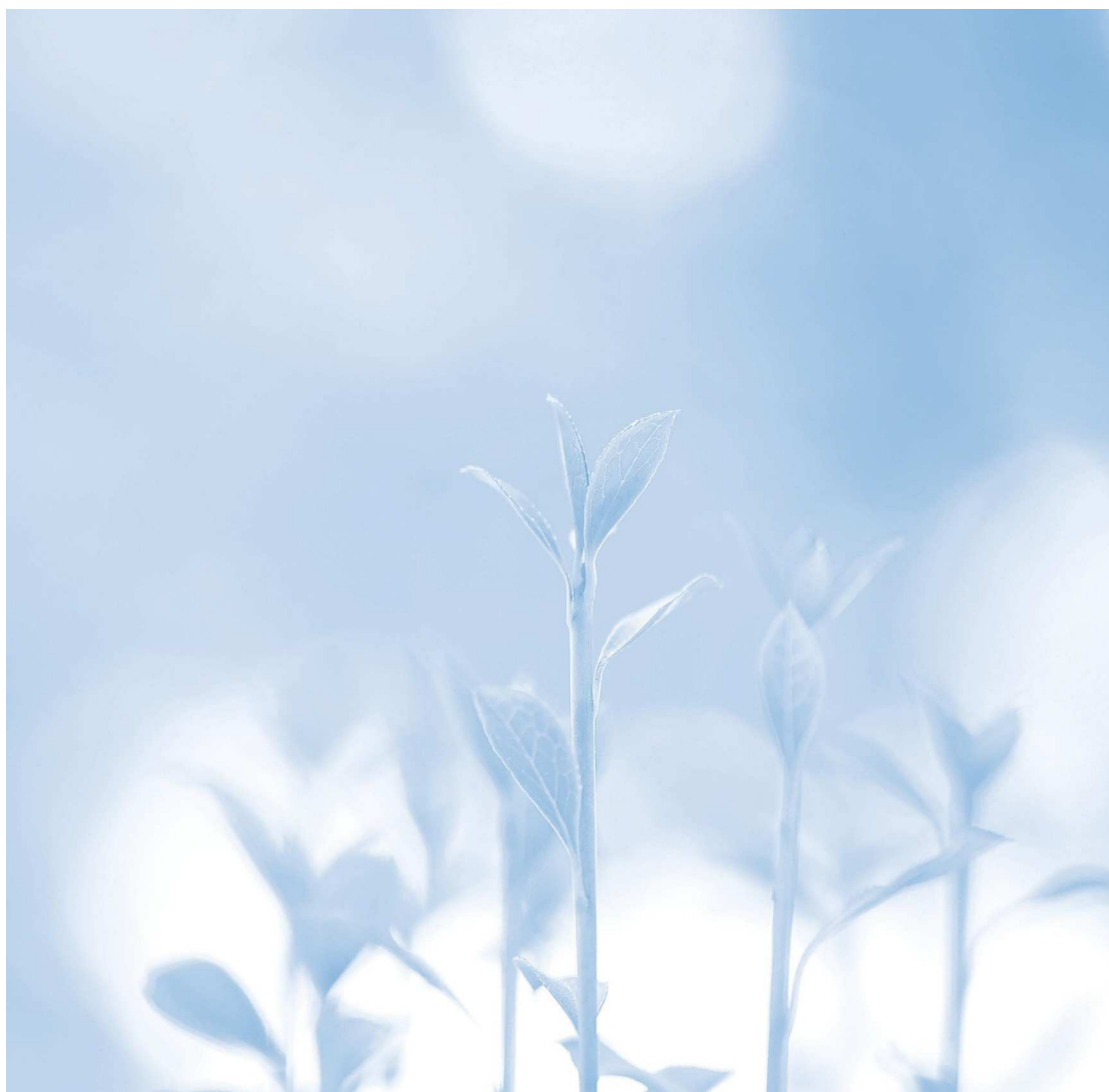


労災保険

# 療養（補償）等給付 の請求手続



労働者が、業務または通勤が原因で負傷したり、病気が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、身体の一部・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<sup>（注1）</sup>を行ってもその医療効果が期待できなくなった状態<sup>（注2）</sup>（「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。

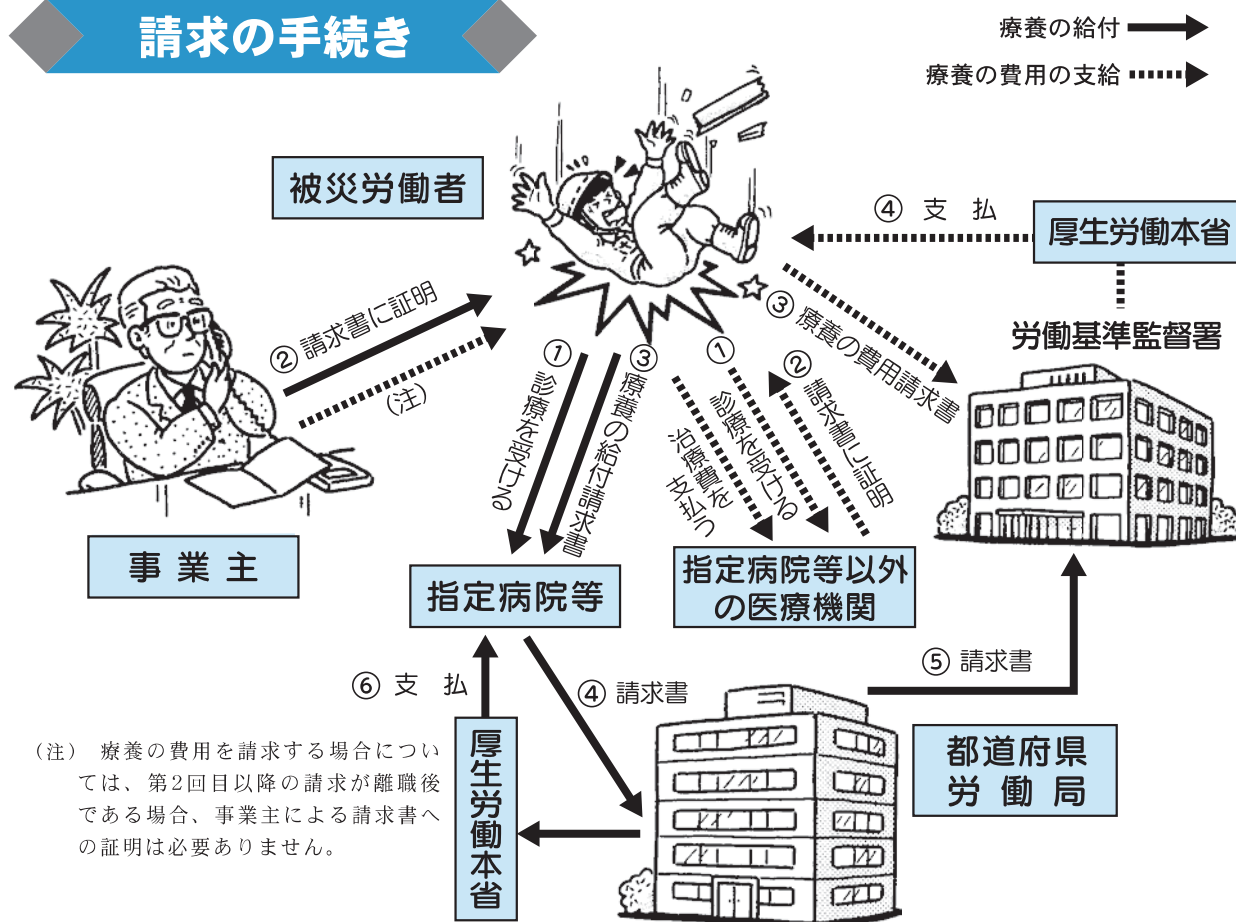
なお、せき髄損傷、頭頸部外傷症候群等、慢性肝炎などの傷病に<sup>かん</sup>り患した方に対しては「治ゆ」（症状固定）後においても後遺症状が変化したり、後遺障害に付随する疾病を発症させるおそれがあるので予防その他の保健上の措置として診察、保健指導、保健のための薬剤の支給などを行う「アフターケア」を実施しています。

このアフターケアは、都道府県労働局長が交付する「健康管理手帳」を労災病院、医療リハビリテーションセンター、総合せき損センター、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、ここにいう医療には含まれません。

（注2）「医療効果が期待できなくなった状態」とは、その傷病の症状の回復・改善が期待できなくなった状態をいいます。

## 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(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(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(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(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。

●提出に当たって必要な添付書類

請 求 書	添 付 書 類
様式第7号（第16の5）	看護・移送等に要した費用がある場合には、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
様式第7号（第16の5）(4)	<p>(1) 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。</p> <p>(2) 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。</p>

※この他、必要とする書類を提出していただく場合があります。

## 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。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

標準字体で記入してください

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 有の場合のその数 (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。

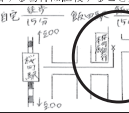
派遣先事業主 証明欄	派遣元事業主が証明する事項(表面の⑩、⑪及び⑬)の記載内容について事実と相違ないことを証明します。		
	年 月 日	事業の名称	電話( ) —
		事業場の所在地	〒 —
		事業主の氏名 (法人その他の団体であるときはその名称及び代表者の氏名)	

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。

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 ニ、イに先行する住居間の移動 ホ、ロに接続する住居間の移動
(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 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 午前 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 (a) どのような場所を (i) どのような方法で移動している際に (u) どのような物で又はどのような状況において (x) どのようにして災害が発生したか (b) 誰との関係が異な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	飯田市桜町〇-〇
氏 名	〇〇ヒサ
電話(0000) 00-0000	
(ワ) 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

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に書き入れることや、適宜別紙に記載してあわせて提出することも可能です。

②その他就業先の有無	
有	有の場合のその数 (ただし表面の事業場を含まない)
無	有の場合でいずれかの事業場に特別加入している場合の特別加入状況(ただし表面の事業場を含まない) 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

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。

[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後は空欄のままとし、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、④欄並びに⑤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。)
- 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、⑤労働保険番号欄に左記で年金証書番号を記入してください。また、⑤及び⑥は記入しないでください。
- ⑧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、移動の起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起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ヘの場合には、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記載してください。
- (チ)は、災害時の通勤の種別がロの場合には、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。

[標準字体記入にあたっての注意事項]

- で表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) キツテ → キツテ キョ → キヨ バ → バ
- 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。
  - 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(表面の欄並びに(ロ)、(ハ)、(ニ)、(ホ)、(ト)、(チ)、(リ)(通常の通勤の経路及び方法に限る。 )及び(ヌ))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
	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 労 務 上 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

様式第7号 (1) (表面) 労働者災害補償保険 第 回

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(同一傷病分)

※ 帳票種別 ①管轄局番 ②業通別 ③受付年月日 ④二者コード ⑤委任未支給 ⑥特別加入者 ⑦審査コード

34260 0000 1 3通 00000000 0000 1 未支給 3 未支給 5 未支給

(注意) 一、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」にならなくて、枠からはみ出さないよう、枠内を正確に記入してください。二、記入すべき事項のない欄又は記入は、空欄のままに、事項を漏らす場合は、光沢式で全読取装置(OCR)で直接読み取りを行うので、汚れたり、穴があいたり、必要以上に折り曲げたり、のりづけたりしないでください。

標準字体

アイウエオカキクケコ	サシスセソ	タチツテト	ナニヌ
ネノヒフヘホ	マミムメモ	ヤユヨ	ラリルレロ

③ 労働保険番号 40107603451000

④ 労働者の性別 ⑤ 労働者の生年月日 ⑥ 傷病又は発病年月日

1 男 5000523 9030718

⑦ メイ (カタカナ) 姓と名の間は1文字あけて記入してください。漢字・半角カナは文字として記入してください。

⑧ 労働者の氏名 労働 一郎 ⑨ 職 職種 配管作業

⑩ 住所 100-8916 千代田区霞が関 1-2-2

⑪ 労働者の氏名 労働 一郎

⑫ 療養の種別 ⑬ 療養期間の初日 ⑭ 療養期間の末日 ⑮ 診療実日数 ⑯ 転送事由

1 普通 3 当座 6117434

⑰ 療養の内容 (イ) 期間 令和3年 7月 18日 から 令和3年 7月 30日 まで 13日間 診療実日数 6日

⑱ 療養の内容 (ロ) 傷病の部位及び傷病名 右膝内側靱帯損傷

⑲ 療養の内容 (ハ) 経過の概要 右痛みを訴える 漸次軽快

⑳ 療養の内容 (ニ) 療養の内訳及び金額 (内訳裏面ののとおり。)

㉑ 療養の内容 (ホ) 看護料 ㉒ 療養の内容 (ヘ) 移送費 ㉓ 療養の内容 (ト) 上記以外の療養費 (内訳別明細書又は領収書 枚のとおり。)

㉔ 療養の内容 (チ) 療養の給付を受けなかった理由 近くに療養に適した労災指定病院がなかったため

㉕ 療養の内容 (リ) 療養に要した費用の額 (合計) 千円 百円 十円 円 35000

㉖ 療養の内容 (ロ) 療養期間の初日 ㉗ 療養期間の末日 ㉘ 診療実日数 ㉙ 転送事由

1 普通 3 当座 6117434

㉚ 療養の内容 (ニ) 療養の内訳及び金額 (内訳裏面ののとおり。)

㉛ 療養の内容 (ホ) 看護料 ㉜ 療養の内容 (ヘ) 移送費 ㉝ 療養の内容 (ト) 上記以外の療養費 (内訳別明細書又は領収書 枚のとおり。)

㉞ 療養の内容 (チ) 療養の給付を受けなかった理由 近くに療養に適した労災指定病院がなかったため

㉟ 療養の内容 (リ) 療養に要した費用の額 (合計) 千円 百円 十円 円 35000

㊱ 療養の内容 (ロ) 療養期間の初日 ㊲ 療養期間の末日 ㊳ 診療実日数 ㊴ 転送事由

1 普通 3 当座 6117434

㊵ 療養の内容 (ニ) 療養の内訳及び金額 (内訳裏面ののとおり。)

㊶ 療養の内容 (ホ) 看護料 ㊷ 療養の内容 (ヘ) 移送費 ㊸ 療養の内容 (ト) 上記以外の療養費 (内訳別明細書又は領収書 枚のとおり。)

㊹ 療養の内容 (チ) 療養の給付を受けなかった理由 近くに療養に適した労災指定病院がなかったため

㊺ 療養の内容 (リ) 療養に要した費用の額 (合計) 千円 百円 十円 円 35000

㊻ 療養の内容 (ロ) 療養期間の初日 ㊼ 療養期間の末日 ㊽ 診療実日数 ㊾ 転送事由

1 普通 3 当座 6117434

㊿ 療養の内容 (ニ) 療養の内訳及び金額 (内訳裏面ののとおり。)

令和3年 8月 2日 請求人の 北九州 労働基準監督署長 殿

住所 千代田区霞が関1-2-2 氏名 労働 一郎

電話 (00) 0000-0000

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5(1)

事故の発生日または発病の日を正確に記入してください。

銀行等に振込みを希望する場合は、請求人本人の口座番号を記入してください。

●ゆうちょ銀行口座(記号・番号)を指定する場合は、通常記号は5桁、番号は8桁となっていますが、番号が8桁未満の場合は、頭に0を加えて8桁としてください。

(例) 番号が1234561の場合、01234561となります。

記号(5桁) 番号(8桁)

1XXXX001234561

[0]を加えてください。

※記号と番号の間に1桁の数字がある場合は、その1桁の数字は、記載する必要はありません。

※預金の種類は「1」としてください。

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、第2回目以降の請求で離職後である場合には、必要ありません。

最終の投薬期間も算入してください。

診療を行った医師または歯科医師の証明を受けてください。

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費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。



労働者の 所属事業場の 名称・所在地	○○工業株式会社 川崎市川崎区榎町○-○	(又) 負傷又は発病の時刻 午前 10 時 40 分頃	(ル) 職名 第一工場長 災害発生の 事実を確証 した者の 氏名 ○○ 二郎
(ワ) 災害の原因及び発生状況 (ア) どのような場所であつたか (イ) どのような作業をしてゐたとき (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 (カ) ⑦と初診日に異なる場合はその理由を詳細に記入すること 鑄物工場内の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つて 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。			

療養の内訳及び金額			点数(点)
診療内容			
初診	時間外・休日・深夜		回
再診	外来診療料	×	回
	継続管理加算	×	回
	外来管理加算	×	回
	時間外	×	回
	休日	×	回
深夜	×	回	
指導			
在宅	往診		回
	夜間		回
	緊急・深夜 在宅患者訪問診療 その他		回
薬剤			回
投薬	内服薬剤		単位
	調剤	×	回
	電服薬剤		単位
	外用薬剤		単位
	調剤	×	回
処方			回
麻薬			回
調剤			回
注射	皮下筋肉内		回
	静脈内 その他		回
処置	薬剤		回
手術	薬剤		回
	麻酔		回
検査	薬剤		回
画像	薬剤		回
	診断		回
その他	処方せん		回
入院	薬剤		回
	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

診療内容		金額	摘要
初診		円	
再診	回	円	
指導	回	円	
その他		円	
食事(基準)			
	円× 日間	円	
	円× 日間	円	
小計	②	円	
摘要			

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

診療内容		金額	摘要
初診		円	
再診	回	円	
指導	回	円	
その他		円	
食事(基準)			
	円× 日間	円	
	円× 日間	円	
小計	②	円	
摘要			

療養の内訳及び金額		点数(点)
初診	時間外・休日・深夜	回
再診	外来診療料	×
	継続管理加算	×
	外来管理加算	×
	時間外	×
	休日	×
深夜	×	
指導		
在宅	往診	回
	夜間	回
	緊急・深夜 在宅患者訪問診療 その他	回
薬剤		回
投薬	内服薬剤	
	調剤	×
	電服薬剤	
	外用薬剤	
	調剤	×
処方		
麻薬		
調剤		
注射	皮下筋肉内	回
	静脈内 その他	回
処置	薬剤	回
手術	薬剤	回
	麻酔	回
検査	薬剤	回
画像	薬剤	回
	診断	
その他	処方せん	回
入院	薬剤	回
	入院年月日	年 月 日

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

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⑧)及び(裏面の記載内容について事実と相違ないことを証明します。)	
	事業の名義	電話( ) —
	事業場の所在地	〒 — —
	事業主の氏名	(法人その他の団体の場合ときはその名称及び代表者の氏名)

8

# 指定医療機関等を変更するとき

様式第6号(表面)

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

渋谷

労働基準監督署長 殿

令和3年 8月 9日

△ △

病 院  
診 療 所  
薬 局  
訪問看護事業者

経由

〒 100 8916

電話(〇〇) 〇〇〇〇-〇〇〇〇

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(変更するので)届けます。

① 労働保険番号					③ 氏 名 厚労 太郎 (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		令和3年 7月 4日	午前 午後 4時00分頃
13	1	07	9876540000				
② 年金証書の番号					住 所 千代田区霞が関1-2-2		
管轄局	種別	西暦年	番 号				
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(ろ)どのような物又は環境に(え)どのような不安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。 プレス工場において材料(重ねた鉄板、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もの。							
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。 令和3年 8月 8日 事業の名称 〇〇工業株式会社 〒 167-×〇×〇 電話(〇〇) 〇〇〇〇-〇〇〇〇 事業場の所在地 杉並区井草〇-〇 事業主の氏名 代表取締役 〇〇良助 (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	〇〇北病院		[労災指定医番号] 〒〇〇〇-×〇×〇		
	変 更 後 の	名 称	△△病院		〒〇〇〇-〇×〇×		
	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			〒 - -		
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。

⑥どのような場所で、①どのような作業をしているときに、②どのような物または環境に、③どのような不安なまたは有害な状態があつて、④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。

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その他就業先の有無	
有 有の場合のその数 (ただし表面の事業場を含まない) 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) 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。

[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⑤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「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。

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/bunya/roudoukijun/rousaihoken06/03.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

