

労災保険

療養(補償)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、病気にかかって療養を必要とするとき、療養補償給付（業務災害の場合）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)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等を受けられます（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）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)給付は、傷病が治ゆするまで行われますが、労災保険における「治ゆ」とは、身体の諸器官・組織が健康時の状態に完全に回復した状態のみをいうものではなく、傷病の症状が安定し、医学上一般に認められた医療(注1)を行ってもその医療効果が期待できなくなった状態(注2)（「症状固定」の状態）をいいます。

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

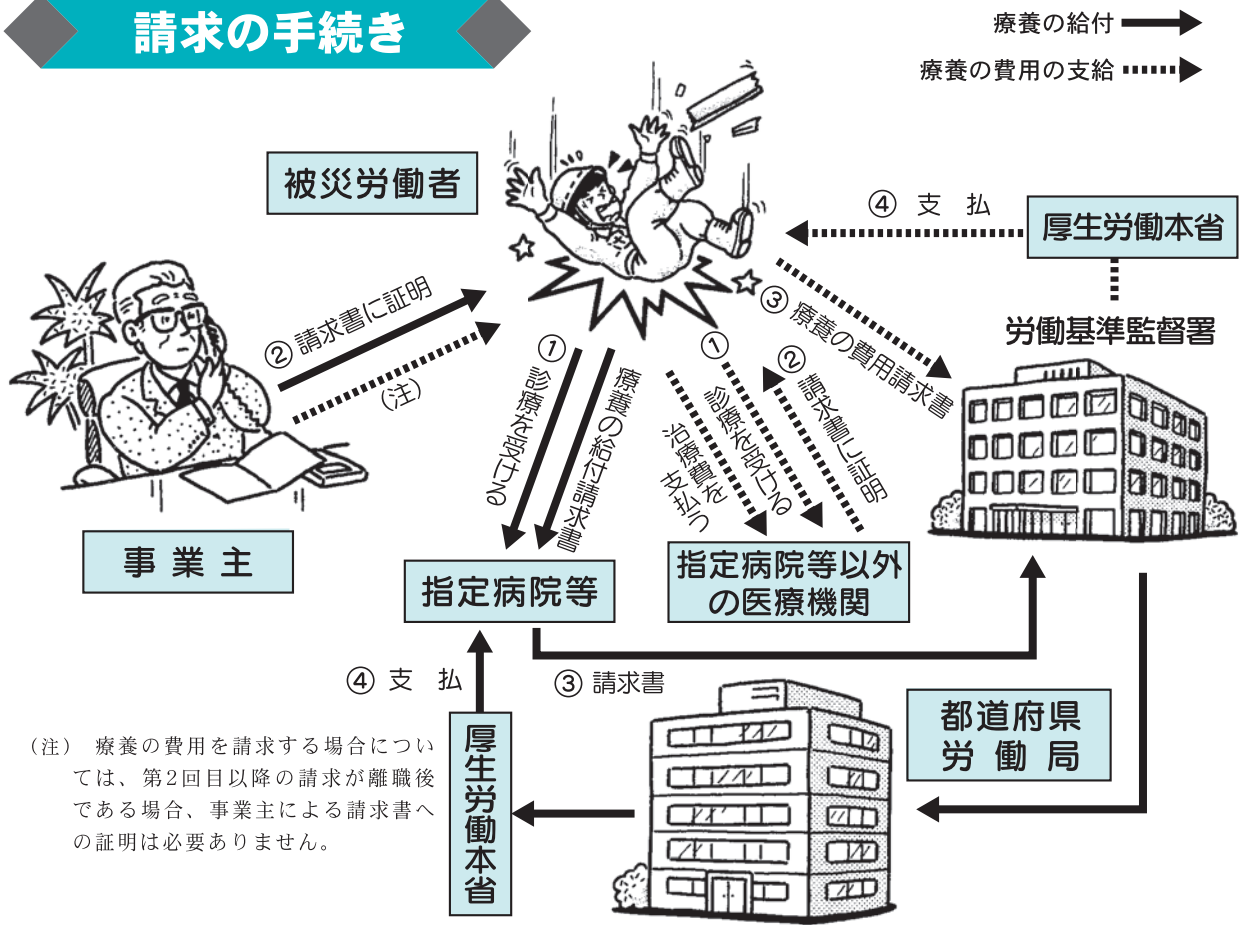
なお、せき髄損傷、頭頸部外傷症候群等、慢性肝炎などの傷病に罹患した方に対しては「治ゆ」(症状固定)後においても後遺症状が変化したり、後遺障害に付随する疾病を発症させるおそれがあるので予防その他の保健上の措置として診察、保健指導、保健のための薬剤の支給などを行う「アフターケア」を実施しています。

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。

●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か月を経過した日の請求書に、医師の診断書を添付してください。</p> <p>また、初療の日から9か月を経過する場合は、はり師又はきゅう師の意見書及び症状経過表、さらに医師の診断書、意見書を添付してください。</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から2年を経過すると、時効により請求権が消滅しますのでご注意ください。

療養の給付請求書記入例

様式第5号(表面) 労働者災害補償保険 業務災害用 療養補償給付たる療養の給付請求書

※標準字体で記入してください。

裏面に記載してある注意事項をよく読んで、記入してください。

標準字体 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

ネ ン ハ ヒ フ ヘ ホ マ ミ ム ヌ ヲ ヤ ユ ヨ ラ リ ル レ ロ ワ ン

① 票種別 34590 ② 業種別 1 ③ 保額 1 ④ 受付年月日

⑤ 労働保険番号 14103123456000 ⑥ 処理区分

⑦ 支給・不支給決定年月日

⑧ 性別 1 ⑨ 労働者の生年月日 5350826 ⑩ 負傷又は発病年月日 7250530

⑪ 再発年月日

⑫ 三者 ⑬ 特疾 ⑭ 特別加入者

⑮ 労働者 厚労 太郎 (52歳) ⑯ 負傷又は発病の時刻 午後 6時 40分頃

⑰ 災害発生の事実を確認した者の職名、氏名 職名: 第一工場長 氏名: 〇〇 二郎

⑱ 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たときに(う)どのような物又は環境に(え)どのような不安全又は有害な状態があつて(お)どのような災害が発生したかを詳細に記入すること

⑲ 指定病院等の 名称: 〇〇病院 所在地: 川崎市高津区4年 〇〇-〇

⑳ 傷病の部位及び状態 左足関節捻挫

㉑ 傷病の者については、⑩、⑪及び⑬に記載したとおりであることを証明します。 25年5月30日

㉒ 事業主の氏名 〇〇工業株式会社 代表取締役 〇〇 一郎

㉓ 労働者の所属事業場の名称・所在地 川崎市川崎区根町 〇-〇

㉔ 事業主の氏名 〇〇 一郎

㉕ 労働者の所属事業場の名称・所在地 川崎市川崎区根町 〇-〇

㉖ 事業主の氏名 〇〇 一郎

㉗ 労働者の所属事業場の名称・所在地 川崎市川崎区根町 〇-〇

㉘ 事業主の氏名 〇〇 一郎

㉙ 労働者の所属事業場の名称・所在地 川崎市川崎区根町 〇-〇

㉚ 事業主の氏名 〇〇 一郎

㉛ 労働者の所属事業場の名称・所在地 川崎市川崎区根町 〇-〇

㉜ 事業主の氏名 〇〇 一郎

㉝ 労働者の所属事業場の名称・所在地 川崎市川崎区根町 〇-〇

㉞ 事業主の氏名 〇〇 一郎

㉟ 労働者の所属事業場の名称・所在地 川崎市川崎区根町 〇-〇

㊱ 事業主の氏名 〇〇 一郎

㊲ 労働者の所属事業場の名称・所在地 川崎市川崎区根町 〇-〇

㊳ 事業主の氏名 〇〇 一郎

㊴ 労働者の所属事業場の名称・所在地 川崎市川崎区根町 〇-〇

㊵ 事業主の氏名 〇〇 一郎

㊶ 労働者の所属事業場の名称・所在地 川崎市川崎区根町 〇-〇

㊷ 事業主の氏名 〇〇 一郎

㊸ 労働者の所属事業場の名称・所在地 川崎市川崎区根町 〇-〇

㊹ 事業主の氏名 〇〇 一郎

㊺ 労働者の所属事業場の名称・所在地 川崎市川崎区根町 〇-〇

㊻ 事業主の氏名 〇〇 一郎

㊼ 労働者の所属事業場の名称・所在地 川崎市川崎区根町 〇-〇

㊽ 事業主の氏名 〇〇 一郎

㊾ 労働者の所属事業場の名称・所在地 川崎市川崎区根町 〇-〇

㊿ 事業主の氏名 〇〇 一郎

上記により療養補償給付たる療養の給付を請求します。 25年6月4日

川崎市労働基準監督署長 殿

請求人の 〇〇 太郎

署長 次長 課長 係長 係 決定年月日

調査年月日

復命書番号 第 号 第 号 第 号

不支給の理由

この欄は記入しないでください。

通勤災害の場合は様式第16号の3

事故の発生日時または発病の日時を正確に記入してください。

災害発生の事実を確認した人の職名と氏名を記入します。

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。

②どのような場所で、①どのような作業をしているときに、③どのような物または環境に、④どのような不安全または有害な状態があつて、⑤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。

直接所属している事業場が上欄の事業場と異なる(一括適用の取扱いをしている支店、工場、工事現場等)場合に記入します。

自筆による署名の場合には、押印は必要ありません。

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。

派遣労働者について、療養補償給付のみの請求がなされる場合には、派遣先事業主は、派遣元事業主が証明する事項の記載内容が事実と相違ない旨裏面に記載してください。

通勤災害の場合

様式16号の3(裏面)

通勤災害に関する事項

① 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。ロに後続する住居間の移動	1
② 負傷又は発病の年月日及び時刻	25年6月17日 午後8時45分頃	
③ 災害発生場所	飯田市桜町〇丁目 桜町銀行本店前市道	就業の場所 (災害時の通勤の種別がイ、ハに該当する場合は移動の終点、ロに該当する場合は移動の始点)
④ 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)	25年6月17日 午後9時00分頃	
⑤ 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)	25年6月17日 午後8時00分頃	
⑥ 就業終了の年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別がロ、フ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	
⑦ 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	
⑧ 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場所に至った経路、方法、所要時間その他の状況	<p>(通常の通勤所要時間 時間 50分)</p>	
⑨ 災害の原因及び発生状況	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が倒れ、足を踏折した。	
⑩ 現認者の住所	飯田市桜町〇-〇	電話番号 〇〇〇 局番
⑪ 現認者の氏名	〇〇〇サ	
⑫ 転任の事実の有無 (災害時の通勤の種別がイ、ハ又はホに該当する場合)	有・無	⑬ 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。

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。

災害発生的事実を確認した人の氏名を記入します。

【項目記入にあたっての注意事項】

- 記入すべき事項のない欄又は記入枠は空欄のままとし、事項を選択する場合には当該事項を○で囲んで下さい。(ただし、⑧欄及び⑩欄の元号については該当番号を記入枠に記入して下さい。)
- 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詰で年金証書番号を記入して下さい。また、⑧及び⑨は記入しないで下さい。
- ⑫は、請求人が健康保険の日雇特例被保険者でない場合には記載する必要はありません。
- ⑬は、災害時の通勤の種別がイの場合には、移動の終点たる就業の場所における就業開始の予定の年月日及び時刻を、ニの場合には、後続するイの移動の終点たる就業の場所における就業開始の予定の年月日及び時刻を記載して下さい。
- ⑭は、災害時の通勤の種別がハの場合には、移動の起点たる就業の場所における就業終了の年月日及び時刻を、ホの場合には、先行するロの移動の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下さい。
- ⑮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下さい。
- ⑯は、通常の通勤の経路を因りし、災害発生の日に住居又は就業の場所から災害発生場所に至った経路を朱線等を用いてわ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下さい。
- ⑰は、どのような場所で、どのような方法で任復している際に、どのような物で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わかりやすく記載して下さい。
- 「事業者の氏名」の欄及び「請求人の氏名」の欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができます。

【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、表面の右下に示す標準字体で記入して下さい。
- 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下さい。
 - 「促音」「よう音」などは大きく書き、濁点、半濁点は1文字として書いて下さい。
- (例) キッテ → キョ → バ →
- は斜の弧を書きはじめるとき、小さくカギをつけて下さい。
 - はカギをつけずに垂直に、 の2本の縦線は上で閉じないで書いて下さい。

派遣元事業主が帰明する事項 (表面の⑩並びに⑫、⑬、⑭、⑮、⑯(通常の通勤の経路及び方法に限る。)及び⑰)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	電話番号	局番
派遣先事業主証明欄	事業主の名称	郵便番号	
	事業場の所在地	-	
	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	削字印 加字印	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
				印	

指定医療機関等を変更するとき

様式第6号

労働者災害補償保険

療養補償給付たる療養の給付を受ける指定病院等(変更)届

通勤災害の場合は様式第16号の4

渋谷 労働基準監督署長殿

25 年 8 月 9 日

(△△ 病院 診療所 薬局 訪問看護事業者 経由)

(郵便番号 100 - 8916)

住所 千代田区霞ヶ関 1-2-2 電話番号 0000 局番

届出人の

方

氏名 厚常 太郎 (男) (印)

下記により療養補償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。

(注意)

一、事項を選択する場合は、当該事項を丸で囲むこと。
 二、⑤は、①～④のいずれかの場所において、⑤のような作業をしているときに、⑤のような物・環境又は状態で、
 三、傷病補償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
 四、傷病補償年金の受給権者が当該傷病に係る療養に関する届書を提出するときは、
 五、「届出人の氏名」の欄及び「事業主の氏名」の欄は、記を捺印することによって、自筆による署名をすることができ、

① 労働保険番号		③ 氏名	④ 負傷又は発病年月日
府県	所管管轄	厚常 太郎 (男・女)	25 年 7 月 4 日
131	07987654000	生年月日	25 年 7 月 4 日
		労働者の	午前 4 時 00 分頃
		住所	
		千代田区霞ヶ関 1-2-2	
		職種	
		70 スイ	
⑤ 災害の原因及び発生状況			
70 スイ工場において、材料(重たな鉄板、重量約70kg)を同僚と2人で運搬し、70 スイの前の床におろす際、あやまって手をすばらせて、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指を挟まれて負傷した。			
③の者については、④及び⑤に記載したとおりであることを証明します。			
25 年 8 月 8 日		事業の名称	〇〇工業株式会社
		郵便番号	167 - XOXO
		事業場の所在地	杉並区井草 〇-〇
		電話番号	〇〇〇〇 局番 〇〇〇〇番
		事業主の氏名	代表取締役 〇〇 良助 (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)			
⑥ 変更前の	名称	〇〇北病院 (労災指定医番号)	
	所在地	杉並区井草 〇-〇-〇	
変更後の	名称	△△病院	
	所在地	渋谷区代々木 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いため。		
⑦ 傷病補償年金の支給を受けることとなった後に療養の給付を受けようとする指定病院等の	名称		
	所在地		
⑧ 傷病名	左手示指基節骨骨折、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。

自筆による署名の場合には、押印は必要ありません。

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。

どのような場所で、どのような作業をしている時に、どのような物・環境または状態で、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。

事業主の証明が必要です。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。