

労 災 保 険

療養(補償)給付 の 請求手続

業務災害又は通勤災害によ
る傷病のため療養したとき

厚 生 労 働 省
都 道 府 県 労 働 局
労 働 基 準 監 督 署

労働者が、業務上又は通勤により負傷したり、疾病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）又は療養給付（通勤災害の場合。以下合わせて「療養（補償）給付」といいます。）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、無料で治療を受けられる現物給付です。
- 「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。

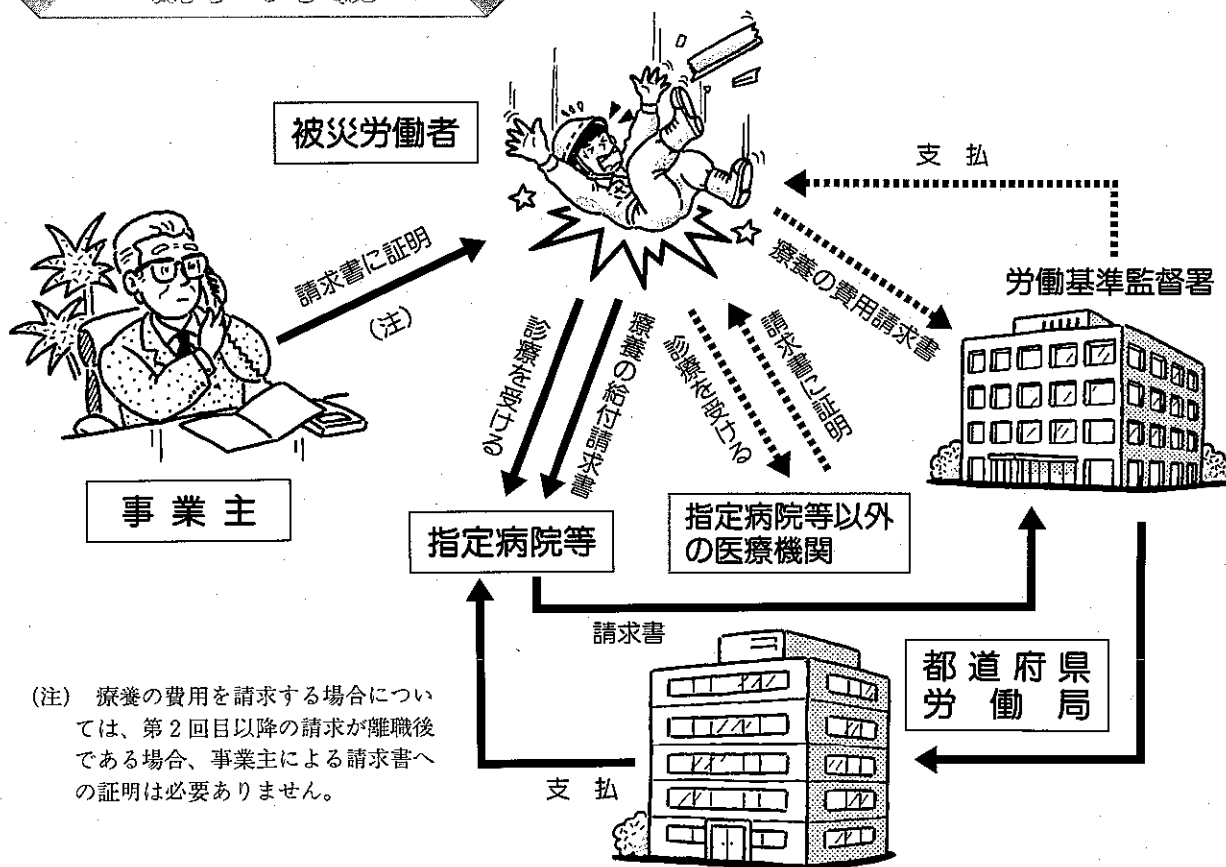
給付の対象となる療養の範囲や期間はどちらも同じです。

療養（補償）給付は、治療費、入院料、移送費等通常療養のために必要なものが含まれ、傷病が治癒するまで行われます。

※「治癒」とは

療養（補償）給付は、傷病が治癒するまで行われますが、この「治癒」とは、傷病の症状が安定し、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ときをいい、これを「症状固定」といいます。したがって、「治癒」とは、必ずしももとの身体状態に回復した場合だけをいうものではありません。

請求の手続



●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）又は療養給付たる療養の給付請求書（様式第16号の3）を提出して下さい。

●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）又は療養給付たる療養の費用請求書（様式第16号の5）を提出して下さい。

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7号（第16号の5）(3)を、はり師及びきゅう師、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、提出して下さい。

●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、帰郷等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）又は「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）を提出して下さい。

●提出に当たって必要な添付書類

請 求 書	添 付 書 類
様式7号（第16号の5）	看護・移送等に要した費用がある場合には、当該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
様式7号（第16号の5）(4)	<p>① マッサージの施術を受けた者は、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</p> <p>② はり・きゅうの施術を受けた者は、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</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、更に医師の診断書、意見書を添付</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。

請求に係る時効

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年を経過しますと、時効により請求権が消滅することとなりますのでご注意ください。

請求書記載例

様式第5号(表面) 労働者災害補償保険

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。

0	5	ア	カ	サ	タ	ナ	ハ	マ	ト	リ	フ
1	6	イ	キ	シ	チ	ニ	ヒ	ミ	リ	ン	
2	7	ウ	ク	ス	ツ	ヌ	フ	ム	ユ	ル	
3	8	エ	ケ	セ	テ	ネ	ヘ	メ	レ		
4	9	オ	コ	ソ	ト	ノ	ホ	モ	ヨ	ロ	

通勤災害の場合は様式第16号の3

療養補償給付たる療養の給付請求書

※ 34550	① 管轄局番	② 業種別	③ 保留	④ 受付年月日
⑤ 府県	⑥ 労働保険番号	⑦ 支給・不支給決定年月日	⑧ 処理区分	
14103	123456			
⑨ 性別	⑩ 労働者の生年月日	⑪ 負傷又は発病年月日	⑫ 再発年月日	
1男	533826	140531		
⑬ 氏名 山本 一郎 (43歳)				
⑭ 職名 第一正係長				
⑮ 職種 鋳物工				
⑯ 災害の原因及び発生状況 鋳物工場内の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りていたため足を踏み外れ、約1.7m下に転落し、左足首を捻挫した。				
⑰ 指定病院等の名称 田中病院				
⑱ 傷病の部位及び状態 左足首関節捻挫				
⑲ 事業主の氏名 代表取締役 高橋 一郎				
⑳ 労働者の所属事業場の名称・所在地 高橋機械工業株式会社				
㉑ 事業場の所在地 川崎市川崎区夏町 0-0				
㉒ 事業主の氏名 代表取締役 高橋 一郎				
㉓ 労働者の所属事業場の名称・所在地 川崎市川崎区夏町 0-0				
㉔ 事業場の所在地 川崎市川崎区夏町 0-0				
㉕ 事業主の氏名 代表取締役 高橋 一郎				
㉖ 労働者の所属事業場の名称・所在地 川崎市川崎区夏町 0-0				
㉗ 事業場の所在地 川崎市川崎区夏町 0-0				
㉘ 事業主の氏名 代表取締役 高橋 一郎				
㉙ 労働者の所属事業場の名称・所在地 川崎市川崎区夏町 0-0				
㉚ 事業場の所在地 川崎市川崎区夏町 0-0				
㉛ 事業主の氏名 代表取締役 高橋 一郎				
㉜ 労働者の所属事業場の名称・所在地 川崎市川崎区夏町 0-0				
㉝ 事業場の所在地 川崎市川崎区夏町 0-0				
㉞ 事業主の氏名 代表取締役 高橋 一郎				
㉟ 労働者の所属事業場の名称・所在地 川崎市川崎区夏町 0-0				
㊱ 事業場の所在地 川崎市川崎区夏町 0-0				
㊲ 事業主の氏名 代表取締役 高橋 一郎				
㊳ 労働者の所属事業場の名称・所在地 川崎市川崎区夏町 0-0				
㊴ 事業場の所在地 川崎市川崎区夏町 0-0				
㊵ 事業主の氏名 代表取締役 高橋 一郎				
㊶ 労働者の所属事業場の名称・所在地 川崎市川崎区夏町 0-0				
㊷ 事業場の所在地 川崎市川崎区夏町 0-0				
㊸ 事業主の氏名 代表取締役 高橋 一郎				
㊹ 労働者の所属事業場の名称・所在地 川崎市川崎区夏町 0-0				
㊺ 事業場の所在地 川崎市川崎区夏町 0-0				
㊻ 事業主の氏名 代表取締役 高橋 一郎				
㊼ 労働者の所属事業場の名称・所在地 川崎市川崎区夏町 0-0				
㊽ 事業場の所在地 川崎市川崎区夏町 0-0				
㊾ 事業主の氏名 代表取締役 高橋 一郎				
㊿ 労働者の所属事業場の名称・所在地 川崎市川崎区夏町 0-0				
① 調査年月日				
② 復命書番号				
③ 支給決定決定書				
④ 支給決定理由				
⑤ 支給決定年月日				
⑥ 支給決定理由				
⑦ 支給決定年月日				
⑧ 支給決定理由				
⑨ 支給決定年月日				
⑩ 支給決定理由				
⑪ 支給決定年月日				
⑫ 支給決定理由				
⑬ 支給決定年月日				
⑭ 支給決定理由				
⑮ 支給決定年月日				
⑯ 支給決定理由				
⑰ 支給決定年月日				
⑱ 支給決定理由				
⑲ 支給決定年月日				
⑳ 支給決定理由				
㉑ 支給決定年月日				
㉒ 支給決定理由				
㉓ 支給決定年月日				
㉔ 支給決定理由				
㉕ 支給決定年月日				
㉖ 支給決定理由				
㉗ 支給決定年月日				
㉘ 支給決定理由				
㉙ 支給決定年月日				
㉚ 支給決定理由				
㉛ 支給決定年月日				
㉜ 支給決定理由				
㉝ 支給決定年月日				
㉞ 支給決定理由				
㉟ 支給決定年月日				
㊱ 支給決定理由				
㊲ 支給決定年月日				
㊳ 支給決定理由				
㊴ 支給決定年月日				
㊵ 支給決定理由				
㊶ 支給決定年月日				
㊷ 支給決定理由				
㊸ 支給決定年月日				
㊹ 支給決定理由				
㊺ 支給決定年月日				
㊻ 支給決定理由				
㊼ 支給決定年月日				
㊽ 支給決定理由				
㊾ 支給決定年月日				
㊿ 支給決定理由				

事故の発生日時又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、③どのような作業をしているときに、④どのような物又は環境に、⑤どのような不安全又は有害な状態があって、⑥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。

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負傷又は発病の時刻	午後 8 時 45 分頃	②災害発生の場所	飯田市桜町〇丁目 桜町銀行本店前中道
③災害発生の日の就業の場所	飯田市桜町〇丁目	④災害発生の日の就業開始の予定時刻又は就業終了の時刻	午後 9 時 00 分頃
⑤災害発生の日に住居を離れた時刻	午後 8 時 00 分頃	⑥災害発生の日に就業の場所を離れた時刻	午後 時 分頃
⑦通常の通勤の経路、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	<p>(通常の通勤所要時間 時間 50 分)</p>		
⑧災害の原因及び発生状況	JR 桜町馬車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中道で道路の縁石につまづき、車に激し、左手首を骨折した。		
⑨現認者の住所	飯田市桜町 〇-〇 局番 〇〇		
⑩現認者の氏名	川口 ヒサ		

通勤災害の場合に記載します。

通常の通勤経路、方法、所要時間と、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。

災害発生の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該当事項を○で囲んでください。(ただし、⑥欄及び⑨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係る療養の給付を請求する場合には、④労働保険番号欄に併せて年金証書番号を記入してください。また、⑧及び⑩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。
- ⑨は、災害が出勤の際に生じたものである場合には就業開始の予定時刻を、災害が退勤の際に生じたものである場合には就業終了の時刻を記載してください。
- ⑩は、災害が退勤の際に生じたものである場合には記載する必要はありません。
- ⑩は、災害が出勤の際に生じたものである場合には記載する必要はありません。
- ⑩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赤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ください。
- ⑩は、どのような場所で、どのような方法で往復している際に、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ください。
- 「事業主の氏名」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】

□□□で表示された記入枠に記入する文字は、光学的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 → キヨ → バ →

- は斜の弧を書きはじめるとき、小さくカギをつけてください。

- 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ください。

表面の記入枠を訂正したときの訂正印欄	削字 加字	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
--------------------	----------	--------------------	----------------------	----	------

請求書記載例

様式第7号(1)(表面) 労働者災害補償保険

第 回

療養補償給付たる療養の費用請求書(同一傷病分)

標準字体

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

○濁点、半濁点は一文字として取り扱うこと。(例) カ"ハ"。

通勤災害の場合は様式第16号の5(1)

① 縦横種別 ※ 34210	② 労働局署 11111	③ 業種別 133
④ 労働者番号 40107603451	⑤ 労働者の性別 1 男	⑥ 労働者の生年月日 530523
⑦ 自傷又は発病年月日 140719	⑧ 補助キ X	⑨ 交付年月日 140719
⑩ 労働者の氏名 山田 茂 (47歳)	⑪ 労働者の住所 北九州市小倉南区高松0-0	⑫ 労働者の電話番号 6117434
⑬ 労働者の職名 山田 茂	⑭ 事業主の氏名 山田 茂	⑮ 事業主の住所 北九州市小倉南区高松0-0
⑯ 療養の内容 右肘内側斜帯損傷	⑰ 療養の期間 14年7月19日 から 14年7月30日まで 12日間	⑱ 療養の回数 6回
⑲ 療養の経過 右、痛みを言及する 渾身次第で快	⑳ 療養の場所 藤井病院	㉑ 療養の医師 藤井 大
㉒ 療養の内訳及び金額 35750	㉓ 療養に要した費用の額 (合計) 35750	㉔ 療養の理由 近くに療養に適い、労災指定病院がなかったため

※印の欄は記入しないこと。
○黒面の注意事項を統一して記入して下さい。

事故の発生日又は発病の日を正確に記入してください。

銀行等に振込を希望する場合は、請求人本人の口座番号を記入してください。

事業主の証明が必要です。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。

最終の投票期間も算入してください。

診療を行った医師又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又は病院等が遠距離の場合の移送に要した費用等を記入します。この場合は、要した費用の請求書又は領収書等を添えなければなりません。

(注意) 一、二、記載すべき事項のない欄又は記入欄は、空欄のままとし、事項を選択する場合は、事項を選択した「標準字体」にならざることを、併せて、④及び⑥欄については、請求書に記入する文字は、光学的文字認識装置(OCR)で直接読み取りを行うので、汚したり、穴をあけたり、必要以上に強く折りかけたり、糊づけたりしないこと。

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。

14年8月2日
請求人の 山田 茂
住所 北九州市小倉南区高松0-0 (カ)
氏名 山田 茂 (山田)

自筆による署名の場合には、押印は必要ありません。

北九州労働基準監督署長 殿

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

14年 8月 10日

代々木第一 院
診療所 理由
薬 局
訪問看護事業者

(郵便番号 151 -)

住所 渋谷区代々木0-0 電話番号 0000 番

届出人の

氏名 竹内 三郎 (男)

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には該当する事項を丸で囲むこと。
- 二、⑤は、⑥のような場所での作業をしてい
- 三、傷病補償年金の支給を受ける必要がないこと。
- 四、傷病補償年金の支給を受ける必要がないこと。
- 五、届出人の氏名を記載すること。

① 労働保険番号		③ 氏名 竹内 三郎 (男・女)	④ 負傷又は発病年月日
府県	所管管轄 基幹番号 枝番号		
13	107987654	生年月日 00年11月10日(00歳)	14年7月5日
② 年金証書の番号		住 所 渋谷区代々木0-0	午前(後) 4時00分頃
管轄局	種別 西暦年 番 号	職 種 フォレスト	
⑤ 災害の原因及び発生状況			
プレス工場内において、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ある際、あやまって手をすべらせて、持って いた鉄板とコンフリーットの床面との間に左手第2、3指をはさまれ負傷し 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。			
14年 8月 8日	事業の名称 井草工業株式会社		
	郵便番号 167-XXXX		
	事業場の所在地 杉並区井草0-0 電話番号 0000 局番 0000		
	事業主の氏名 代表取締役 山本 良助 (男)		
(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	杉並北病院 (労災指定 医番号)	
	変更後の名称	代々木第一病院	
	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	左手示指基節骨々折、左手中指挫傷		

事故の発生日時又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・環境又は状態で、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、離職後である場合には、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。