



福岡医発第 2223 号 (地)
平成 26 年 11 月 11 日

各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会
会長 松 田 峻一良
(公印省略)

「労災保険における訪問看護の取扱いについて」の一部改正について

労災保険における訪問看護の取扱いについては、「労災保険における訪問看護の取扱いについて (平成 6 年 9 月 30 日付基発第 610 号)」により実施されているところではありますが、今般、訪問看護費用に係るシステム化及び労働局への提出の変更に伴い一部改正となった旨、厚生労働省より日本医師会を通じて通知が参りましたので、ご連絡申し上げます。

記

- ・ 労災指定の訪問看護ステーションは、平成 26 年 8 月訪問看護分 (9 月請求分) から、労災保険訪問看護費用請求書 (訪様式第 8 号) 及び労災保険訪問看護費用請求書内訳書 (訪様式第 9、10 号) が様式の OCR 化に伴い改正され、当該様式の提出先については、これまで労働基準監督署となっておりましたが、9 月以降は労災指定医療機関のレセプト請求と同様、所轄の都道府県労働局あてに提出することとなりました。(別添 1 参照)
- ・ 労災非指定の訪問看護ステーションの療養 (補償) 給付たる療養の費用請求書 (様式 7 号 (5) 業務災害用及び様式第 16 号の 5 (5)) の様式につきましても一部改正され、官報告示に示されております。(別添 2 参照)

小郡三井医師会より

労災担当理事 吉武靖博
会長 廣瀬真恵

平成 26 年 10 月 16 日

都道府県医師会
労災保険担当理事 殿

日本医師会常任理事
石 井 正 三

「労災保険における訪問看護の取扱いについて」の一部改正について

労災保険における訪問看護の取扱いについては、「労災保険医における訪問看護の取扱いについて（平成 6 年 9 月 30 日付基発第 610 号）」により実施されているところですが、今般、訪問看護費用に係るシステム化及び労働局への提出の変更に伴い一部改正となりますのでご連絡申し上げます。

具体的には、労災指定の訪問看護ステーションは、平成 26 年 8 月訪問看護分（9 月請求分）から、労災保険訪問看護費用請求書（訪様式第 8 号）及び労災保険訪問看護費用請求内訳書（訪様式第 9、10 号）が様式の OCR 化に伴い改正され、当該様式の提出先については、これまで労働基準監督署となっておりましたが、9 月以降は労災指定医療機関のレセプト請求と同様、所轄の都道府県労働局あてに提出することとなりました。（別添 1 参照）

また、労災非指定の訪問看護ステーションの療養（補償）給付たる療養の費用請求書（様式 7 号（5）業務災害用及び様式第 16 号の 5（5））の様式につきましても一部改正され、官報告示に示されておりますので併せてご連絡いたします。（別添 2 参照）

詳細につきましては添付資料をご参照ください。

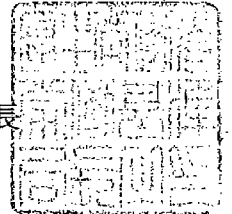
〔添付資料〕

- ・ 労災保険医における訪問看護の取扱いの一部改正について
（平 26.10.9 基発 1009 第 1 号 厚生労働省労働局基準局長）

基 発 1009 第 1 号
平成 26 年 10 月 9 日

公益社団法人日本医師会会長 殿

厚生労働省労働基準局長



労災保険における訪問看護の取扱いの一部改正について

標記について、今般、労災保険訪問看護費用請求書（訪様式第 8 号）及び労災保険訪問看護費用請求内訳書（訪様式第 9、10 号）の様式や提出先について、別添 1 により改正を行い、併せて、療養（補償）給付たる療養の費用請求書（様式第 7 号（5）、様式第 16 号の 5（5））の様式について、別添 2 により改正しましたので、これらについて御了知いただくとともに、都道府県医師会及び貴会会員各位に対する周知について、特段の御配意をお願いいたします。

基 発 0704 第 3 号
平成 26 年 7 月 4 日

都道府県労働局長 殿

厚生労働省労働基準局長
(公 印 省 略)

「労災保険における訪問看護の取扱いについて」の一部改正について

標記については、平成 6 年 9 月 30 日付け基発第 610 号「労災保険における訪問看護の取扱いについて」（最終改正：平成 25 年 5 月 31 日付け基発 0531 第 1 号。以下「通達」という。）により実施しているところであるが、今般、訪問看護費用に係るシステム化及び本省払い化に伴い、通達を下記のとおり改正するので、事務処理に遺漏なきを期されたい。

記

1 改正の概要

- (1) 訪問看護費用の支払について、厚生労働本省が行うこととしたこと。
- (2) 労災保険における指定訪問看護事業者が、療養補償給付たる療養の給付請求書を提出する場合には、訪問看護を行う事業所の所在地を管轄する都道府県労働局長（以下「所轄局長」という。）を経由して所轄の労働基準監督署長へ提出させるとともに、労災保険訪問看護費用請求書及び労災保険訪問看護費用請求内訳書を提出する場合には、所轄局長あて提出させることとしたこと。
- (3) その他所要の改正を行うこと。

2 通達の一部改正

通達の一部を次のように改正する。

(1) 本文について

ア 記の第 1 の「又は老人保健法」を削るとともに、記の第 1 の 1 の「健保指定訪問看護事業者は、」の次に「訪問看護事業所ごとに、」を加える。

イ 記の第 3 の「健康保険における訪問看護療養費に係る指定訪問看護の

費用の額の算定方法の別表「指定訪問看護の費用額算定表」を「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法（平成20年3月5日厚生労働省告示第67号）の別表「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法」に改める。

ウ 記の第4を第5とし、第5を第6とし、第3の次に次を加える。

「第4 訪問看護費用の請求手続き等について

労災指定訪問看護事業者は、第3の規定により算定した毎月分の訪問看護費用を請求しようとするときは、訪問看護事業所ごとに、訪様式第8号「労災保険訪問看護費用請求書」に訪様式第9号又は第10号「労災保険訪問看護費用請求内訳書」及び主治医から交付された訪問看護指示書の写しを添付して、所轄労働局長に提出するものとする。

なお、労災指定訪問看護事業者は、傷病労働者から提出を受けた、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（昭和35年4月1日労働省告示第10号）に定める様式（以下「告示様式」という。）第5号又は告示様式第16号の3「療養（補償）給付たる療養の給付請求書」について、所轄労働局長を経由して傷病労働者の所属事業場を管轄する労働基準監督署長に提出するものとする。」

エ 記の第5の「労働基準監督署長が」の次に「療養（補償）給付の」を加えるとともに、「支払うこと。」を「支払うものとする。」に、「都道府県労働局長が行うこと。」を「厚生労働省労働基準局長が行う。」に改める。

(2) 別添「労災保険指定訪問看護事業者療養担当契約事項」について

ア 1の「（以下「施行規則」という。）」を削る。

イ 2の「又は老人保健法（以下「健康保険法等」という。）」を削る。

ウ 4の「（以下「所轄監督署長」という。）に」の次に「対し、所轄労働局長を経由して」を加えるとともに、「告示様式第5号」を「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（昭和35年4月1日労働省告示第10号）に定める様式（以下「告示様式」という。）第5号」に改める。

エ 6の「その旨を」の次に「所轄労働局長を経由して」を加える。

オ 7の「健康保険における訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法の別表「指定訪問看護の費用額算定表」を「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法（平成20年3月5日厚生労働省告示第67号）の別表「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用

の額の算定方法」に改める。

カ 8の「訪問看護に係る費用について、」の次に「訪問看護事業所ごとに」を加えるとともに、「所轄監督署長」を「所轄労働局長」に改める。

キ 13の(1)の「等」を削る。

(3) 様式について

訪様式第8号及び第9号を別添のとおり改めるとともに、第9号の次に第10号を追加する。

3 施行期日について

本改正は、平成26年9月1日から適用する。

労災保険訪問看護費用請求書

標準
字体

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

※印の欄は記入しないでください。

帳票種別 <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px;">3</td> <td style="width: 20px;">4</td> <td style="width: 20px;">7</td> <td style="width: 20px;">3</td> <td style="width: 20px;">2</td> </tr> </table>	3	4	7	3	2	修正項 目番号 ※ 	修正欄 ※ 	② 受付年月日 ※ 7平成
3	4	7	3	2				

① 訪問看護サービスの番号

--	--	--	--	--	--	--	--

③ 請求金額 <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">千</td><td style="width: 10%;">万</td><td style="width: 10%;">百</td><td style="width: 10%;">万</td><td style="width: 10%;">千</td><td style="width: 10%;">百</td><td style="width: 10%;">十</td><td style="width: 10%;">円</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> 金額の頭に¥マークを付けてください。	千	万	百	万	千	百	十	円									④ 内訳書添付枚数 <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px;">枚</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>	枚	
千	万	百	万	千	百	十	円												
枚																			

⑤ 請求年 年

⑥ 請求月 月分

ただし、7平成 年 月分

_____ ほか _____ 名に対する訪問看護費用の内訳は、別紙内訳書のとおり
上記の金額を請求します。

_____ 年 月 日

郵便番号 _____

住 所
(所在地) _____

請求人の 名 称
(訪問看護事業者) _____

代表者氏名 _____ 印
(記名押印又は署名)

_____ 労働局長 殿 電話番号 _____

受付印 _____

訪問看護ステーション
の 番 号

訪問看護ステーション
の 名 称

帳 票 種 別

34733

修正項目番号

※

修正欄

※

①労働保険番号

府 県 所 掌 管 轄 基 幹 番 号 技 術 番 号

②生年月日

1 男 性
3 大 正
5 昭 和
7 平 成

③傷病年月日

天 年 月 日

④訪問開始年月日及び訪問終了年月日時刻

元 年 月 日 時 分

⑤実日数

日

⑥合計額

百 万 十 万 万 千 百 十 円

⑦支払額

※

⑧増減コード及び増減額

※

⑨増減理由

※

⑩決定年月日

※

⑪処理区分

※

労働者の氏名

(歳)

事業の名称

労働者の住所

都府
道県

郡区
市

事業場の所在地

都府
道県

郡区
市

主たる傷病名

1.
2.
3.
基準告示第2の1に規定する疾病等の有無
1 別表7 2 別表8 3 無
1 人工呼吸器使用の状況 2 気管カニューレ使用の状況 3 異変を認める機器の状況

主治医の所属する医療機関名称

傷病の経過

主治医氏名

指示期間

年 月 日 ~ 年 月 日
年 月 日 ~ 年 月 日

特別指示期間

年 月 日 ~ 年 月 日
年 月 日 ~ 年 月 日

精神指示期間

年 月 日 ~ 年 月 日
年 月 日 ~ 年 月 日

精神特別指示期間

年 月 日 ~ 年 月 日
年 月 日 ~ 年 月 日

※印の欄は記入しないでください。

労 災 保 険 訪 問 看 護 費 用 請 求 内 訳 書

- 基本療養費等の明細は裏面に記載してください。
- 医師の訪問看護指示書の写しを添付してください。

標準字体

0123456789

心身の状態	訪問終了の状況				1 保体 2 施設 3 医療機関 4 死亡 5 その他 ()				
					時刻	年 月 日 午前・午後 時 分			
						場所 1 自宅 2 施設 3 病院 4 診療所 5 その他 ()			
基本療養費 (I) 及び (II)	① 看護師等 (週3日目まで)	円×	日	円	基本療養費 (I) 及び (III)	① 看護師等 (週3日目まで30分未満)	円×	日	円
	(週4日目以降)	円×	日	円		(週3日目まで30分以上)	円×	日	円
	理学療法士等 (週3日目まで)	円×	日	円		(週4日目以降30分未満)	円×	日	円
	(週4日目以降)	円×	日	円		(週4日目以降30分以上)	円×	日	円
	専門の研修を受けた看護師	円×	日	円		② 作業療法士 (週3日目まで30分未満)	円×	日	円
	② 准看護師 (週3日目まで)	円×	日	円		(週3日目まで30分以上)	円×	日	円
	(週4日目以降)	円×	日	円		(週4日目以降30分未満)	円×	日	円
	③ 看護師等 (週3日目まで)	円×	日	円		(週4日目以降30分以上)	円×	日	円
	(週4日目以降)	円×	日	円		③ 准看護師 (週3日目まで30分未満)	円×	日	円
	(3人以上) (週3日目まで)	円×	日	円		(週3日目まで30分以上)	円×	日	円
	(週4日目以降)	円×	日	円		(週4日目以降30分未満)	円×	日	円
	理学療法士等 (週3日目まで)	円×	日	円		(週4日目以降30分以上)	円×	日	円
	(週4日目以降)	円×	日	円		④ 看護師等 (週3日目まで30分未満)	円×	日	円
	(3人以上) (週3日目まで)	円×	日	円		(週3日目まで30分以上)	円×	日	円
	(週4日目以降)	円×	日	円		(週4日目以降30分未満)	円×	日	円
	専門の研修を受けた看護師	円×	日	円		(週4日目以降30分以上)	円×	日	円
	④ 准看護師 (週3日目まで)	円×	日	円		(3人以上) (週3日目まで30分未満)	円×	日	円
	(週4日目以降)	円×	日	円		(週3日目まで30分以上)	円×	日	円
	(3人以上) (週3日目まで)	円×	日	円		(週4日目以降30分未満)	円×	日	円
	(週4日目以降)	円×	日	円		(週4日目以降30分以上)	円×	日	円
⑤ 難病等複数回訪問加算	円×	日	円	⑤ 作業療法士 (週3日目まで30分未満)	円×	日	円		
	円×	日	円	(週3日目まで30分以上)	円×	日	円		
⑥ 緊急訪問看護加算	円×	日	円	(週4日目以降30分未満)	円×	日	円		
⑦ 長時間訪問看護加算	円×	日	円	(週4日目以降30分以上)	円×	日	円		
⑧ 乳幼児加算	円×	日	円	(3人以上) (週3日目まで30分未満)	円×	日	円		
⑨ 幼児加算	円×	日	円	(週3日目まで30分以上)	円×	日	円		
⑩ 複数名訪問看護加算				(週4日目以降30分未満)	円×	日	円		
看護師等	円×	日	円	(週4日目以降30分以上)	円×	日	円		
理学療法士等	円×	日	円	⑥ 准看護師 (週3日目まで30分未満)	円×	日	円		
准看護師	円×	日	円	(週3日目まで30分以上)	円×	日	円		
看護補助者	円×	日	円	(週4日目以降30分未満)	円×	日	円		
⑪ 夜間・早朝訪問看護加算	円×	日	円	(週4日目以降30分以上)	円×	日	円		
⑫ 深夜訪問看護加算	円×	日	円	(3人以上) (週3日目まで30分未満)	円×	日	円		
基本療養費 (III)				(週3日目まで30分以上)	円×	日	円		
⑬ 看護師等	円×	日	円	(週4日目以降30分未満)	円×	日	円		
理学療法士等	円×	日	円	(週4日目以降30分以上)	円×	日	円		
⑭ 情報提供療養費			円	⑭ 緊急訪問看護加算	円×	日	円		
⑮ ケーミナリティ療養費			円	⑮ 長時間訪問看護加算	円×	日	円		
訪問日				⑯ 複数名訪問看護加算					
1 2 3 4 5 6 7				看護師等	円×	日	円		
8 9 10 11 12 13 14				作業療法士	円×	日	円		
15 16 17 18 19 20 21				准看護師	円×	日	円		
22 23 24 25 26 27 28				看護補助者	円×	日	円		
29 30 31				精神保健福祉士	円×	日	円		
主治医への直近報告年月日		年	月	日	⑰ 夜間・早朝訪問看護加算	円×	日	円	
提供した情報の概要					⑱ 深夜訪問看護加算	円×	日	円	
情報提供先の市(区)町村等の名称					⑲ 精神科複数回訪問加算	円×	日	円	
特記事項					基本療養費 (II)				
1 他①					⑳ 看護師等	円×	日	円	
2 他②					作業療法士	円×	日	円	
3 従					㉑ 延長時間加算	円×	時間	円	
4 特					基本療養費 (IV)				
5 介					㉒ 看護師等	円×	日	円	
6 支					作業療法士	円×	日	円	
7 同一日					㉓ 管理療養費	円+	日	円	
合計額 ※表面⑤に記載してください。				円	㉔ 24時間対応体制加算・24時間連絡体制加算			円	
					㉕ 特別管理加算			円	
					㉖ 退院時共同指導加算	円×	回	円	
					特別管理指導加算	円×	回	円	
					㉗ 退院支援指導加算			円	
					㉘ 在宅患者連携指導加算			円	
					㉙ 在宅患者緊急時等カンファレンス加算	円×	回	円	
					㉚ 精神重症患者早期集中支援管理連携加算			円	

お願い

○この用紙は、機械で直接処理しますので、折り曲げたり汚したり、また他の用紙をのりづけしないでください。
 ○小枠内は、黒ボールペンで、枠からはみ出さないように、標準字体にならって、ていねいに記入してください。
 ○この用紙は、直射日光・湿気をさけて保管してください。



訪問看護ステーション の 番 号	訪問看護ステーション の 名 称
---------------------	---------------------

労
災
保
険
訪
問
看
護
費
用
請
求
内
訳
書

※印の欄は記入しないでください。

帳 票 種 別 3 4 7 3 4		修正項目番号 修正欄 ※ ※	
①年金証書番号 管 轄 局 種 別 西 暦 年 番 号 ④訪問開始年月日及び訪問終了年月日時刻 元号 年 月 日 元号 年 月 日 午前 午後 時 分 ⑥実日数 日 ⑥合計額 万 千 百 十 円		⑥①支払額 万 千 百 十 円 ⑥②増減コード及び増減額 万 千 百 十 円 ⑥③増減理由 ※ ⑥④決定年月日 元号 年 月 日 ※ ⑥⑤処理区分 ※	
労働者の氏名 (歳) 明・大・昭・平 年 月 日生		事業の名称	
労働者の住所 都府 道県 郡区 市		事業場の所在地 都府 道県 郡区 市	
主たる傷病名 1. 2. 3. 基準告示第2の1に規定する疾病等の有無 1 別表7 2 別表8 3 無 1 人工呼吸器使用の状態 2 気管カニューレ使用の状態 3 異物を越える障害の状態		主治医の所属する医療機関名称 主 治 医 氏 名	
傷病の経過		指 示 期 間 年 月 日 ~ 年 月 日	
		特 別 指 示 期 間 年 月 日 ~ 年 月 日	
		精 神 指 示 期 間 年 月 日 ~ 年 月 日	
		精 神 特 別 指 示 期 間 年 月 日 ~ 年 月 日	
		年 月 日 ~ 年 月 日	

- 基本療養費等の明細は裏面に記載してください。
- 医師の訪問看護指示書の写しを添付してください。

0123456789

心身の状態	訪問終了の状況				1 経快 2 施設 3 医療機関 4 死亡 5 その他 ()							
					死亡の状況							
					時刻	年	月	日	午前・午後	時	分	
基本療養費 (I) 及び (II)	⑪ 看護師等 (週3日目まで)	円×	日	円	基本療養費 (I) 及び (III)	⑪ 看護師等 (週3日目まで30分未満)	円×	日	円			
	(週4日目以降)	円×	日	円		(週3日目まで30分以上)	円×	日	円			
	理学療法士等 (週3日目まで)	円×	日	円		(週4日目以降30分未満)	円×	日	円			
	(週4日目以降)	円×	日	円		(週4日目以降30分以上)	円×	日	円			
	専門の研修を受けた看護師	円×	日	円		⑫ 作業療法士 (週3日目まで30分未満)	円×	日	円			
	⑫ 准看護師 (週3日目まで)	円×	日	円		(週3日目まで30分以上)	円×	日	円			
	(週4日目以降)	円×	日	円		(週4日目以降30分未満)	円×	日	円			
	⑬ 看護師等 (週3日目まで)	円×	日	円		(週4日目以降30分以上)	円×	日	円			
	(週4日目以降)	円×	日	円		⑬ 准看護師 (週3日目まで30分未満)	円×	日	円			
	(3人以上) (週3日目まで)	円×	日	円		(週3日目まで30分以上)	円×	日	円			
	(週4日目以降)	円×	日	円		(週4日目以降30分未満)	円×	日	円			
	理学療法士等 (週3日目まで)	円×	日	円		(週4日目以降30分以上)	円×	日	円			
	(週4日目以降)	円×	日	円		⑭ 看護師等 (週3日目まで30分未満)	円×	日	円			
	(3人以上) (週3日目まで)	円×	日	円		(週3日目まで30分以上)	円×	日	円			
	(週4日目以降)	円×	日	円		(週4日目以降30分未満)	円×	日	円			
	専門の研修を受けた看護師	円×	日	円		(週4日目以降30分以上)	円×	日	円			
	⑭ 准看護師 (週3日目まで)	円×	日	円		(週3日目まで30分未満)	円×	日	円			
	(週4日目以降)	円×	日	円		(週3日目まで30分以上)	円×	日	円			
	(3人以上) (週3日目まで)	円×	日	円		(週4日目以降30分未満)	円×	日	円			
	(週4日目以降)	円×	日	円		(週4日目以降30分以上)	円×	日	円			
⑮ 難病等複数回訪問加算	円×	日	円	⑮ 作業療法士 (週3日目まで30分未満)	円×	日	円					
	円×	日	円	(週3日目まで30分以上)	円×	日	円					
⑯ 緊急訪問看護加算	円×	日	円	(週4日目以降30分未満)	円×	日	円					
⑰ 長時間訪問看護加算	円×	日	円	(週4日目以降30分以上)	円×	日	円					
⑱ 乳幼児加算	円×	日	円	(3人以上) (週3日目まで30分未満)	円×	日	円					
⑲ 幼児加算	円×	日	円	(週3日目まで30分以上)	円×	日	円					
⑳ 複数名訪問看護加算				(週4日目以降30分未満)	円×	日	円					
看護師等	円×	日	円	(週4日目以降30分以上)	円×	日	円					
理学療法士等	円×	日	円	⑳ 准看護師 (週3日目まで30分未満)	円×	日	円					
准看護師	円×	日	円	(週3日目まで30分以上)	円×	日	円					
看護補助者	円×	日	円	(週4日目以降30分未満)	円×	日	円					
㉑ 夜間・早朝訪問看護加算	円×	日	円	(週4日目以降30分以上)	円×	日	円					
㉒ 深夜訪問看護加算	円×	日	円	(3人以上) (週3日目まで30分未満)	円×	日	円					
基本療養費 (III)				(週3日目まで30分以上)	円×	日	円					
㉓ 看護師等	円×	日	円	(週4日目以降30分未満)	円×	日	円					
理学療法士等	円×	日	円	(週4日目以降30分以上)	円×	日	円					
⑳ 情報提供療養費			円	㉑ 緊急訪問看護加算	円×	日	円					
㉒ ナミナケア療養費			円	㉒ 長時間訪問看護加算	円×	日	円					
訪問日	1	2	3	4	5	6	7	療養費	㉓ 複数名訪問看護加算			
	8	9	10	11	12	13	14		看護師等	円×	日	円
	15	16	17	18	19	20	21		作業療法士	円×	日	円
	22	23	24	25	26	27	28		准看護師	円×	日	円
	29	30	31						看護補助者	円×	日	円
主治医への直近報告年月日	年 月 日								精神保健福祉士	円×	日	円
提供した情報の概要									㉔ 夜間・早朝訪問看護加算	円×	日	円
情報提供先の市(区)町村等の名称									㉕ 深夜訪問看護加算	円×	日	円
特記事項									㉖ 精神科複数回訪問加算	円×	日	円
1 他①									基本療養費 (II)			
2 他②									㉗ 看護師等	円×	日	円
3 従									作業療法士	円×	日	円
4 特他									㉘ 延長時間加算	円×	時間	円
5 介									基本療養費 (IV)			
6 支援									㉙ 看護師等	円×	日	円
7 同一日									作業療法士	円×	日	円
合計額 ※裏面に転記してください。	円								㉚ 管理療養費	円+	日	円
									㉛ 24時間対応体制加算・24時間連絡体制加算			円
									㉜ 特別管理加算			円
									㉝ 退院時共同指導加算	円×	回	円
									特別管理指導加算	円×	回	円
									㉞ 退院支援指導加算			円
									㉟ 在宅患者連携指導加算			円
									㊱ 在宅患者緊急時等カンファレンス加算	円×	回	円
									㊲ 精神重症患者早期集中支援管理連携加算			円

お願い

- この用紙は、機械で直接処理しますので、折り曲げたり汚したり、また他の用紙をのりづけしないでください。
- 小枠内は、黒ボールペンで、枠からはみ出さないように、標準字体にならって、ていねいに記入してください。
- この用紙は、直射日光・湿気をさけて保管してください。

○厚生労働省告示第三百二十六号

労働者災害補償保険法施行規則（昭和三十年労働省令第二十二号）第五十四条の規定に基づき、昭和三十五年労働省告示第十号（労働者災害補償保険法の施行に關する事務に使用する文書の様式を定める件）の一部を次のように改正し、平成二十六年九月一日から適用する。ただし、この告示の適用の際、現に存するこの告示による改正前の様式による用紙は、当分の間、これを取り續けて使用することができる。

平成二十六年八月二十九日

厚生労働大臣 田村 憲久

様式第7号(5)(表面)

(二) 労働者の 所属事業場の 名称・所在地	(ホ) 負傷又は発病の時刻	(ヘ) 職名 災害発生の 事実を確認 した者の 氏名
	午前 午後 時 分	
(ト) 災害の原因及び発生日状 (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)どのような不安安全又は有害な状態があって(お)どのような災害が発生したかを詳細に記入すること。		

療養の内訳及び金額

傷病の経過			
基 本 療 養 費	看護部等 円× 日 円× 日 円× 日 円× 日 円 加算 円 加算	円 円 円 円 円	指示期間 (特別指示期間) 年 月 日～ 年 月 日 / 年 月 日～ 年 月 日 年 月 日～ 年 月 日 / 年 月 日～ 年 月 日
訪問日			
			1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
精神科基本療養費	看護部等 円× 日 円× 日 円× 日 円× 日 円 加算 円 加算	円 円 円 円 円	
管理療養費	初 日 2 日以降 円 加算 円 加算	円 円 円 円	主治医への直近報告年月日 年 月 日
情報提供療養費		円	提供した情報の概要
ケアマネ療養費	死亡年月日 年 月 日	円	情報提供先の市(区)町村の名称
合 計		円	

(注 意) 1. 共通の注意事項

- (1) この請求書は、訪問看護事業者から訪問看護を受けた場合に提出すること。
- (2) (二)は、労働者が直接所属する事業場が一括適用の取扱いを受けている場合に、労働者が直接所属する支店、工事現場等を記載すること。
- (3) (ト)は、どのような場所で、どのように作業をしているときに、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簡明に記載すること。
2. 傷病補償年金の受給権者が当該傷病に係る療養の費用を請求する場合以外の場合の注意事項
 - (1) ④は、記載する必要がないこと。
 - (2) (ヘ)は、災害発生の事実を確認した者(確認した者が多数あるときは、最初に発見した者)を記載すること。
 - (3) (ヘ)及び(ト)は、第2回以後の請求の場合には記載する必要がないこと。
 - (4) 第2回以後の請求が離職後である場合には事業主の証明は受ける必要がないこと。
3. 傷病補償年金の受給権者が当該傷病に係る療養の費用を請求する場合の注意事項
 - (1) ③、⑥、⑦、(ホ)、(ヘ)及び(ト)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。
4. 「療養の内訳及び金額」の各欄に書き切れない場合は、余白に記載するか、別紙を添付すること。

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(ホ)及び(ト))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 電話番号
	年 月 日 事業場の所在地 郵便番号
	事業主の氏名 印 (法人その他の団体であるときはその名称及び代表者の氏名)

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

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

様式第16号の5(5)(表面) 労働者災害補償保険
通勤災害用 第 回
療養給付たる療養の費用請求書 (同一傷病分)

標準字体	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	〃	〇	—
アイウエオカキクケコサシスセソタチツテトナニヌ													
ネノハヒフヘホマミムメモヤユヨラリルレロワ													

訪 看

※	帳票種別	①資格取得	②療養別	③交付年月日	④三者コード	⑤委任未支給	⑥特別加入者	⑦療養コード
	34265		3					

③	府県	所管	管轄	基	時	番	号	扶	養	号	④	管轄局	種別	西暦年	番	号

⑤	労働者の性別	⑥	労働者の生年月日	⑦	負傷又は発病年月日	⑧	金庫コード	⑨	金庫開	⑩	金庫閉	⑪	金庫コード

⑫	シメイ(カタカナ)	⑬	姓と名の間は1字あけて記入してください。濁点・半濁点は1文字として記入してください。	⑭	姓と名の間は1字あけて記入してください。濁点・半濁点は1文字として記入してください。

⑮	氏名	⑯	職 種

⑰	住所	⑱	郵便番号

⑲	新規・変更	⑳	療養の金額	㉑	療養の金額

㉒	事業の名称	㉓	電話番号

㉔	事業場の所在地	㉕	郵便番号

㉖	事業主の氏名	㉗	印

㉘	医師証明欄	㉙	訪問看護事業者の証明

㉚	療養の内容	㉛	療養の給付を受けなかった理由

㉜	訪問開始年月日	㉝	訪問終了年月日	㉞	実日数

※印の欄は記入しないでください。
(職員が記入します。)

裏面の注意事項を読んでから記入してください。折り曲げる場合には(4)の所を谷に折りさらに2つ折りにしてください。

(注意) 一 記入枠の部分は、必ず黒のボールペンを使用し、様式右側に記載された「標準字体」にならって、枠からはみださないように大きめのカタカナ及びアラビア数字で明らかに記入してください。
二 記載すべき事項のない欄又は記入枠は、空欄のままとし、事項を記入する場合には必ず事項を○で囲んで記入してください。また、⑤及び⑥欄並びに⑧及び⑨欄の記入については、必ず以上1欄に記入し、のりづけたりしないでください。
三 記入枠の部分は、必ず黒のボールペンを使用し、様式右側に記載された「標準字体」にならって、枠からはみださないように大きめのカタカナ及びアラビア数字で明らかに記入してください。
四 記載すべき事項のない欄又は記入枠は、空欄のままとし、事項を記入する場合には必ず事項を○で囲んで記入してください。また、⑤及び⑥欄並びに⑧及び⑨欄の記入については、必ず以上1欄に記入し、のりづけたりしないでください。

上記により療養給付たる療養の費用の支給を請求します。
年 月 日 郵便番号 電話番号
請求人の 住所 (方)
氏名 印
労働基準監督署長 殿

様式第16号の5(5)(裏面)

(ニ) 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 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		ロ. 就業の場所から住居への移動 ホ. ロに後続する住居間の移動	
(ホ) 労働者の 所属事業場の 名称・所在地		(ヘ) 住所 現 認 者 の 氏 名		電 話	
(ト) 災害の原因及び発生状況					
(リ) 負傷又は発病の年月日及び時刻		年 月 日 午 前 後 時 分		(チ) 災害時の通勤の種別に関する移動の通常経路・方法及び所要時間(注)に災害発生の日 に住居又は就業の場所から災害発生の際に至った経路、方法、時間、その他の状況	
(ヌ) 災害発生場所					
(ル) 就業の場所 (災害時の通勤の種別がイに該当する場合は移動の終点たる就業の場所)					
(ハ) 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、ハ又はニに該当する場合は記載すること)		年 月 日 午 前 後 時 分			
(ワ) 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)		年 月 日 午 前 後 時 分			
(カ) 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 後 時 分			
(コ) 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 後 時 分			
(タ) 第三者行為災害		該当する・該当しない			
(レ) 健康保険日雇特例被保険者手帳 の記号及び番号					
(ソ) 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		(ツ) 転任直前の住居に係る住所	
				(通常の移動の所要時間 時間 分)	

療養の内訳及び金額

傷病の経過												
基本 診療 費	看護師等	円×	日	円	指 示 期 間	年 月 日～	年 月 日 /	年 月 日～	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
	准看護師	円×	日			(特別指示期間)	年 月 日～	年 月 日 /	年 月 日～			年 月 日
	円×	日	年 月 日～				年 月 日 /	年 月 日～	年 月 日			
	円×	日	年 月 日～				年 月 日 /	年 月 日～	年 月 日			
加算	円	加算	円	加算	円	加算	円	加算	円	加算	円	
診療 料	看護師等	円×	日	円	訪 問 日	1	2	3	4	5	6	7
	准看護師	円×	日			8	9	10	11	12	13	14
	円×	日	15			16	17	18	19	20	21	
	円×	日	22			23	24	25	26	27	28	
加算	円	加算	円	加算	円	加算	円	加算	円	加算	円	
管理 料	初 日	円	日	円	主治医への直近報告年月日	年 月 日						
	2 日目以降	円	日			年 月 日						
加算	円	加算	円	加算	円	加算	円	加算	円	加算	円	
情報提供費					円	提供した情報の概要						
その他経費	死亡年月日	年 月 日	円	協働医療先の市(区)町村の名称								
合 計					円							

(注意) 1. 共通の注意事項

- (1) この請求書は、訪問看護事業者から訪問看護を受けた場合に提出すること。
- (2) (ホ)は、労働者の事故等に関する事業者が一定範囲の取扱いを受けている場合に、労働者が直接所属する支店、工事現場等を記載すること。
- (3) (ハ)は、どのような場所をどのような方法で移動している間に、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、簡明に記載すること。
- (4) (ニ)は、請求人が健康保険の厚労省例被保険者でない場合には、記載する必要がないこと。
2. 傷病年金の受給権者が当該負傷に係る療養の費用を請求する場合以外の場合の注意事項
- (1) ④は、記載する必要がないこと。
- (2) ⑤は、④以後の請求の場合には、(イ)から(ロ)まで、並びに(ツ)及び(チ)については記載する必要がなく、当該事業主の証明は受ける必要がないこと。
3. 傷病年金の受給権者が当該療養に係る療養の費用を請求する場合の注意事項
- (1) ⑤、⑥、⑦及び(イ)から(タ)まで、並びに(シ)及び(チ)は記載する必要がないこと。
- (2) 事業上の証明は受ける必要がないこと。
4. 「請求者の氏名」の欄、(「申請看護担当者」の欄及び「請求人の氏名」の欄は、記名印刷することにて代えて、自庫による署名をすることができる。
5. 「療養の内容及び金品」の各欄に書ききれない場合は、余白に記載するか、別紙を添付すること。

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②並びに(チ)（通常の通勤の経路及び方法に限る。）、(リ)、(ヌ)、(ル)、(ヲ)、(カ)、(ヨ)及び(ソ)）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	電話番号 局番
		事業場の所在地	郵便番号 ー
		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 加	字 字	印
----------------------------	--------	--------	---

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