



福岡医発第 71 号 (地)

令和 5 年 4 月 10 日

各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会
会 長 蓮 澤 浩 明
(公 印 省 略)

障害（補償）等給付支給請求書に添付する診断書の様式の改正について

労災保険制度においては、療養後に傷病が治ゆ（症状固定）した後に、一定の障害が残った場合には、障害（補償）等給付が支給されることとなっており、被災労働者が障害（補償）等給付を請求しようとする際には、請求書に主治医記載の診断書を添付し、労働基準監督署に提出することが必要とされております。

今般、診断書作成時の煩雑さ等を踏まえ、当該診断書様式が改正されましたので、ご連絡申し上げます。

詳細につきましては、添付資料をご参照ください。

つきましては、貴会会員への周知方よろしくお願い申し上げます。

(添付資料)

- ・ 障害（補償）等給付支給請求書に添付する診断書の様式の改正について
(令 5. 3. 27 基補発 0327 第 1 号 厚生労働省労働基準局補償課長)

小郡三井医師会より

労災担当理事 田中英二
会長 島田昇二郎

日医発第 2452 号（保険）

令和 5 年 4 月 4 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
細 川 秀 一
(公印省略)

障害（補償）等給付支給請求書に添付する診断書の様式の改正について

労災保険制度においては、療養後に傷病が治ゆ（症状固定）した後に、一定の障害が残った場合には、障害（補償）等給付が支給されることとなっており、被災労働者が障害（補償）等給付を請求しようとする際には、請求書に主治医記載の診断書を添付し、労働基準監督署に提出することが必要とされております。

今般、診断書作成時の煩雑さを踏まえ、当該診断書様式が改正されましたので、ご連絡申し上げます。（詳細につきましては添付資料をご参照ください）

貴会関係会員への周知方ご高配賜わりたくよろしくお願い申し上げます。

[添付資料]

- ・ 障害（補償）等給付支給請求書に添付する診断書の様式の改正について
(令 5. 3. 27 基補発 0327 第 1 号 厚生労働省労働基準局補償課長)

基補発 0327 第 1 号
令和 5 年 3 月 27 日

都道府県労働局労働基準部長 殿

厚生労働省労働基準局補償課長

障害（補償）等給付支給請求書に添付する診断書の様式の改正について

障害（補償）等給付支給請求書に添付する診断書の様式については、平成 27 年 12 月 28 日付け基補発 1228 第 1 号により示しているところであるが、これまで複数の事務簡素要望があったこと等を踏まえ、今般、当該診断書の様式を別添のとおり改めることとしたので了知されたい。

改正した診断書の様式には、業務に資するものとなるよう、「労災保険制度のアフターケアの必要性」の項目を設けたことから、診断書の様式を被災者又は主治医等に交付する場合においては、当該被災者の後遺障害に応じたアフターケア制度のパンフレット等を添付するなど、適切に説明等を行われたい。

また、記載に当たっての注意事項等を付記した改正様式の記入例を作成し、厚生労働省ホームページに掲載することとしたので、主治医に説明する際等に適宜活用されたい。

なお、平成 27 年 12 月 28 日付け基補発 1228 第 1 号は、本通知の発出をもって廃止する。

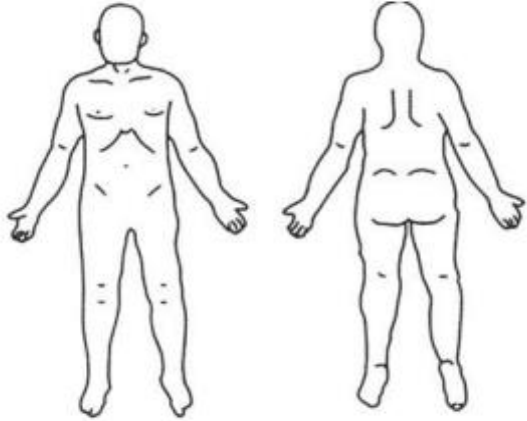
（診断書記入例のリンク先）

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/roudoukijun/rousaihoken.html

照会先：労働基準局補償課業務係

労働者災害補償保険
診断書

障害(補償)等給付請求用

氏名			生年月日	年 月 日	
傷病名			負傷又は発病年月日	年 月 日	
			初診年月日	年 月 日	
障害の部位			治癒(症状固定)年月日	年 月 日	
既往症			既存障害		
主な療養内容及び経過					
障害の状態及びX P等の所見	(図で示すことができるものは図解して下さい。)				
					
労災保険制度の アフターケアの 必要性	有	(有無のいずれかに○をしてください。 なお、アフターケアの対象となるケガや病気は定められており、一定の障害等級などを対象者の要件としています。)			
	無				
関節の機能障害 の有無	有	(有無のいずれかに○をしてください。 なお、有の場合は裏面の「上下肢等関節角度測定表」に測定結果を記載して下さい。)			
	無				
〒 _____ 電話(_____) _____					
上記のとおり診断します。					
所在地 _____					
_____ 年 _____ 月 _____ 日					
名称 _____					
診断担当者氏名 _____					

(裏 面 あ り)

上 下 肢 等 関 節 角 度 測 定 表

関節名 部位		中手(足)指節関節		指節間関節		部位		左	右
		左	右	左	右				
母 指 [第1足指]	屈 曲					母指	橈側外転		
	伸 展						掌側外転		
関節名 部位		中手(足)指節関節		近位指節間関節		遠位指節間関節			
		左	右	左	右	左	右		
示 指 [第2足指]	屈 曲								
	伸 展								
中 指 [第3足指]	屈 曲								
	伸 展								
環 指 [第4足指]	屈 曲								
	伸 展								
小 指 [第5足指]	屈 曲								
	伸 展								
運動方向 部位		屈 曲(前屈)	伸 展(後屈)	回 旋		側 屈			
				左	右	左	右		
頸 部									
胸 腰 部									
部位 運動方向		手関節		足関節		ひじ関節		ひざ関節	
		左	右	左	右	左	右	左	右
屈 曲(掌屈・底屈)									
伸 展(背屈)									
橈 屈				部位 運動方向	肩関節		股関節		
尺 屈					左	右	左	右	
部位 運動方向		前腕		屈 曲(前方拳上)					
		左	右	伸 展(後方拳上)					
回 内				外 転(側方拳上)					
回 外				内 転					
				外 旋					
				内 旋					

- 【注意】
- 1 本測定表のうち、必要部分のみ記載して下さい。
 - 2 患側のみならず健側も測定して下さい。
 - 3 原則、他動運動により測定して下さい。自動運動で測定した場合には、その理由を記載して下さい。

自動運動で測定した理由