説明資料
会次第の　３

令和８年度　労災診療費算定実務研修会
（労災保険制度及び労災診療費算定における留意事項）

１　労災診療費算定等における留意点について

労災保険の診療費等請求の審査では、診療行為の確認、医薬品の確認、医療材料の確認、労災固有部分等の審査・確認を行っており、医学的事項については審査委員会等で審査を行っております。

その結果、査定となる場合もありますのでご了承ください。

※資料の中に出てきます「労災診療費算定マニュアル」は、厚生労働省ホームページ内にありますのでご参照ください。

「労災診療費算定マニュアル（令和８年６月版）」

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/roudoukijun/rousai_shinryouhi/kaitei0604_00008.html

（１）傷病名について

① 労働災害（業務災害又は通勤災害）が原因で負傷又は発病した傷病名はすべて記載してください。**ただし、検査や投薬のための疑い傷病名等は不要**ですので、その代わりに、**「傷病の経過」欄などに検査や投薬の施行理由、医学的な必要性等を記載**してください。

② **既存の傷病名（労災の傷病と因果関係が認められない私病等）は記載しない**でください。（糖尿病、高血圧症などの**私病や既存疾患に関する検査、診療は算定できません**）。

③ **継続分の請求にて傷病名を追加した際は、追加理由を「傷病の経過」欄などに記載してください。**

④ 治療継続中に**労災傷病からの続発症状（不眠症や便秘症等）が出現し、当該続発症状に対して療養がなされた場合には、当該傷病名に「続発症」の表示**をしてください。

⑤ 傷病名**「全身打撲」については、傷病名として不適当**ですので、**具体的に部位を特定し、傷病名を記載**してください。

（２）「傷病の経過」欄について

「傷病の経過」欄が空白となっていることが時々ありますので、必ず記載してください。

記載欄が不足する場合は、摘要欄に続きを記載するか、「別紙のとおり」として、別紙を作成していただいても構いません。

例えば、傷病名と一致しない、あるいは傷病名の記載がない等の各種検査や画像撮影、薬剤

投与などについて、どのような医学的必要性があって、検査等を行ったのか・薬剤を処方したのか、その詳記がないものがあります。

理由の記載がない→検査や投薬等の医学的必要性が不明→適正と判断できず、その結果、不適切のため査定(減額)

となります。

詳記の記載がないことから査定となる検査や薬剤処方等が多数ありますので、記載をお願いします。

（３）画像診断について

被災労働者の訴え等により鑑別診断等のため画像診断を行う場合は、レセプトの「傷病の経過」欄等に撮影した経緯や理由等を記載してください。（記載がなく、レセプト記載内容から施行理由等が不明な画像診断については、単なる算定誤りとして査定となります。）

また、傷病名が「全身打撲」で色々な部位を撮影されている場合も査定となりますので、具体的に部位を特定した傷病名を記載してください。

なお、患側との比較のため健側のＸ-Ｐを撮影した場合、健側撮影は患側撮影の一連として算定してください。また、この場合、レセプトの「傷病の経過」欄等にその旨を付記してください。

（４）糖尿病検査「ヘモグロビンＡ１ｃ」について

労災保険では、以下の①～③の場合について算定できます。

① 糖尿病の既往歴のある被災労働者で、手術のため実施した場合（その場合は糖尿病の既往がある旨、摘要欄等に記載してください。）

② 負傷直後で緊急的手術を行う必要がある被災労働者であって、既往歴等の確認がとれないことが予想されるため実施する場合（その場合は負傷当日又は翌日までの間）

③ 手術適用の判断のため、術前検査として実施した場合（負傷当日又は翌日までの間）

※それ以外の糖尿病の検査については、私病扱いとなりますので、「ヘモグロビンＡ１ｃ」のほか「糖尿病食」といったものも労災保険では算定できません。

※②、③の場合は検査実施日をレセプトに記載してください。

（５）針刺し事故に係る取扱い

針刺し事故に係る労災保険の取り扱いについては、本資料７ページに記載しています。特に、「HIV」、「HTLV」、「梅毒」については、陽性患者に対して実際に使用した注射針による針刺し事故である場合、又は、その傷病を専門としている医療機関において、現に陽性患者に汚染された注射針による事故である可能性が極めて高い場合等、感染の蓋然性が特に高い場合が対象となります。

なお、労災保険に請求を行う場合には、レセプトの「傷病の経過」又は「摘要」欄に、感染源の特定状況、感染源となった患者の保菌状況、検査実施の経過等を必ず記載してください。

（６）胃潰瘍・十二指腸潰瘍を適応とする薬剤について

労災傷病の治療継続中において、疼痛等が原因で「ストレス性胃潰瘍」等を発症し、タケキャブ、タケプロン、ランソプラゾール、ネキシウムカプセル等、胃潰瘍・十二指腸潰瘍を適応とする薬剤を処方した場合は、「続発症としての傷病名」及び処方理由等を「傷病の経過」又は

「摘要」欄に記載してください。（単に、他の薬剤が胃へ及ぼす負担軽減のために胃薬として処方された場合等は査定となります。）

また、既往症として、「胃潰瘍」又は「十二指腸潰瘍」がある場合で、低用量アスピリンや非ステロイド抗炎症薬投与時に、再発抑制のために投与した場合は、レセプトの「傷病の経過」欄に必ず記載してください。

（７）非がん性慢性疼痛・慢性疼痛を適応とする薬剤について

被災当月や翌月などに、被災労働者から強い疼痛の訴えがあった場合や疼痛が続く場合に、トアラセット、トラマドール、トラムセット配合錠等「非がん性慢性疼痛」を適応とする薬剤が処方されている場合があります。

当局の慢性期の考え方は「受傷後概ね３か月を経過」であり、慢性期に該当しない期間に処方された「非がん性慢性疼痛」を適応とする薬剤は査定となります。

（８）麻酔を使用しない皮膚接合用テープによる算定について

麻酔を使用せずに、縫合の代わりに創傷接着用粘着テープ（ステリストリップテープ）等を使用して負傷した部位を接合した場合は、縫合とはみなされないため、「創傷処置」として算定してください。なお、「ステプラー」等による縫合については、「創傷処理」として取り扱われます。

（９）「腱縫合術」の算定について（健保の取り扱いと同じ）

「腱縫合術」は、切創等による伸筋腱の断裂等において、延長切開、あるいは補助切開が実施された場合に算定できるものであり、これらが実施されない場合の縫合術は、「固有指の伸筋腱の単なる縫合」として「創傷処理」で算定することとなります。

したがって、「腱縫合術」で算定される場合は、レセプトの「傷病の経過」又は「摘要」欄に、部位、延長切開（補助切開）の有無及び長さを必ず記載してください。

（10）肋骨骨折に対するバストバンド固定のみの算定について

肋骨骨折の患者に対してバストバンドのみで固定した場合に「J001-3 肋骨骨折固定術」が算定されている場合がありますが、骨折非観血的整復術等を必要としない肋骨等骨折の患者に対し胸部固定帯のみで固定した場合には「J001-3 肋骨骨折固定術」は算定できません。

胸部固定帯のみで固定した場合には「J119-2 腰部又は胸部固定帯固定」と「J200　腰部・胸部又は頚部固定帯加算」にて算定することになります。

（11）骨粗鬆症治療剤の投与に係る薬剤算定について

骨折にて治療継続中の被災労働者に対して、骨癒合を促進するために骨粗鬆症治療剤を投与した場合、これらは算定できません。

また、既存疾患として骨粗鬆症が確認された場合でも、骨粗鬆症治療剤の算定については、労災保険の対象とはなりません。

（12）救急医療管理加算について

転医先の医療機関において、初診時に当該治療に緊急性がある場合、救急医療管理加算を算

定することができますが、病状が安定した後に転医した場合や再発等の場合、抜釘のための再入院の場合等は緊急性がないので算定できません。（労災診療費算定マニュアル P4）

（13）入院室料加算について

入院室料加算は、医療機関が表示している金額での算定となりますが、事前に部屋ごとの表示料金を記載した「入院室料加算報告書」を鹿児島労働局労災補償課あて届け出る必要があります。表示料金に変更があった場合にも、その都度届け出が必要です。

医療機関が表示している金額について、この表示金額が労災診療費算定基準で示す額を超える場合には労災診療費算定基準で示す額となります。（労災診療費算定マニュアル P9）

請求される際は、レセプトの「摘要」欄に、①病室番号、②金額（非課税）、③該当する要件の記号を必ず記載してください。届出がなされていない部屋を使用して請求された場合は査定となります。また、満床の場合の算定は、入院日から７日を限度となっています。（労災診療費算定マニュアル P8～9）

（14）病衣貸与料について

労災保険においては、緊急等やむを得ない場合又は感染のおそれがある場合に限り算定できることとなっております。

したがって、個人的な理由で病衣貸与を希望する場合は、医療機関と患者本人との契約となり、保険請求はできません。（労災診療費算定マニュアル P10）

なお、病衣を医療機関からではなく、入院患者自身が外部業者からレンタル（いわゆる「入院セット」など）する場合、これらの費用は労災保険における補償給付の対象にはなりません。

（15）入院基本料について

労災保険における入院基本料は、入院の日から起算して２週間以内の期間については、健保点数の１．３０倍、それ以降の期間については、健保点数の１.０１倍の点数（いずれも１点未満の端数は四捨五入）を算定することができますが、この２週間以内とは、退院期間も含む暦日数により計算されることとなります。（労災診療費算定マニュアル P7）

また、入院の起算日について、健康保険においては、「急性増悪その他やむを得ない場合」の再入院については、起算日がリセットされますが、労災における１.３０倍か１.０１倍かの判断においては、リセットされませんのでご注意ください。

ただし、退院後、３か月以上経過して再入院した場合は、再入院日を起算日とできます。

なお、今回の説明は、労災特掲部分（１.３倍又は１.０１倍で算定できる部分）のみの取り扱いであり、健康保険に準拠する部分についての入院起算日や期間のとらえ方は、医科診療報酬点数表第１章第２部入院料等の通則６により取り扱ってください。

（16）石綿疾患労災請求指導料について

石綿疾患（肺がん、中皮腫、良性石綿胸水、びまん性胸膜肥厚に限る。）の診断を行った上で、傷病労働者に対する石綿ばく露に関する職歴の問診を実施し、業務による石綿ばく露が疑われる場合に労災請求の勧奨を行い、現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）又は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（１））が提出され、当該事案が業務上と認定された場合に「石綿疾患労災請求指導料」４５０点が支払われます。

ただし、以下の①～④の事項を明確にしておく必要がありますので、診療録に記載してください。（労災診療費算定マニュアル P26）

①石綿関連疾患の診断を行ったこと。
②患者に行った問診内容（概要）。
③業務による石綿ばく露が疑われた理由。
④労災請求の勧奨を行ったこと。

（17）診療費請求書・内訳書（レセプト）の編綴順序等について

① 診療費請求書・内訳書（レセプト）の編綴順序

診療費請求書や内訳書（レセプト）の編綴順序は、本資料８～９ページに記載しています。

初回分と継続分とは分けて作成し、初回分には療養の給付請求書（様式第５号、様式第 16 の３）又は指定病院等変更届（様式第６号、様式第 16 号の４）を添付する必要がありますのでご留意ください。

診療費請求書及び内訳書（レセプト）については、コピーした物は使用できません（労働局においてＯＣＲ読み取りができない恐れがあるため）。

診療費請求書及び内訳書（レセプト）に労災指定医番号を必ず記載してください。

レセプト等が不足する際は、着払いによる発送となりますが、鹿児島労働局のホームページから申込用紙を取得いただき、当労災補償課までＦＡＸでお申し込みください。

なお、令和８年 12 月７日（月）以降、レセプトの申し込み方法について一部変更がありますのでご注意ください（変更についての詳細は下記④のとおり）。

② 診療費請求書の記載について

紙の診療費請求書の「指定病院等の番号」欄は、時々記載もれがありますので、提出前に各欄の記載もれがないか、今一度ご確認をお願いします。

また、紙の診療費請求書への印刷は印字のずれがないようにお願いします。（ＯＣＲ読み取り欄の印字が枠からズレていると、誤読することがあるため。）

③ 診療費請求書・レセプト提出先（アフターケア委託費を含む）

鹿児島労働局 労働基準部 労災補償課（８階）医療係
〒８９２－０８４２
鹿児島市東千石町 14 番 10 号　天文館ＮＮビル８階
電話：０９９－２１６－８６１６（労災補償課８階医療係）

令和８年 12 月７日（月）以降

鹿児島労働局 労働基準部 労災補償課
〒８９２－８５３５
鹿児島市山下町 13 番 21 号　鹿児島合同庁舎１階
電話：０９９－２２３－８２８０（労災補償課）

なお、オンライン請求の場合でも、療養の給付請求書（様式第５号、様式第 16 号の３）又は指定病院等変更届（様式第６号、様式第 16 号の４）、リハビリ計画書については、紙媒体にて**毎月 10 日必着にて提出**してください。**提出の際は、病院名がわかる労災指定医番号等を付記してください（付箋等で可）。**

※レセプトや診療費に関するお問合せは労災補償課までお願いします。

④ レセプト申し込み方法の一部変更

令和８年 12 月７日（月）以降は、労災補償課の事務室移転に伴い、ＦＡＸの利用ができなくなります（労働局においてＦＡＸ受信不可となるため）。そのため、レセプト申し込みの際は、申込用紙の郵送又は窓口持参にて申し込みをお願いします。

事務室移転以降は、本資料末頁に添付しています申込用紙をご利用ください。

なお、鹿児島労働局のホームページには、事務室移転以降に変更後の様式を掲載する予定ですので、それまでは現在使用している申込用紙にて申し込みをお願いします。

⑤ その他

労災診療費及び薬剤費のレセプトにつきましては、毎月の提出締切日（原則 10 日）に到着したものを当月審査の対象としており、遅延に伴う個別の対応はシステム処理上の制約もありできかねますので、状況に応じて普通郵便以外のサービス利用(速達など)や余裕をもった発送(県内でも到着までに２～４日かかります。) にご留意ください。

感染症（針刺し事故等）にかかる労災保険の取扱い

		感染源となる患者が特定されている場合		感染源が不明な場合
		感染源が**陽性**患者の血液ばく露の場合	感染源が**陰性**患者の血液ばく露の場合	感染源となる患者の検査を実施していない場合または医療廃棄物等感染源が特定できない場合
B型肝炎（HBV）	検　査	医師が必要と認めた場合に限り算定可 ・肝機能検査 ・HBs抗原・抗体検査 （原則各１回、２回以上実施する場合は、医学上特に必要性が認められる場合に限り算定可）	算定不可	医師が必要と認めた場合に限り算定可 ・肝機能検査 ・HBs抗原・抗体検査 （原則各１回、２回以上実施する場合は、医学上特に必要性が認められる場合に限り算定可）
	治　療	業務上疾病と認められたものに限り算定可 なお、Hbs抗原陽性の血液ばく露を受けたことが明らかな場合 ・抗HBs人免疫グロブリン ・HBワクチン	算定不可	業務上疾病と認められたものに限り算定可 なお、Hbs抗原陽性の血液ばく露を受けたことが明らかな場合 ・抗HBs人免疫グロブリン ・HBワクチン についても注射又は接種可
C型肝炎（HCV）	検　査	医師が必要と認めた場合に限り算定可 ・肝機能検査 ・HCV抗体検査 ・HCV-RNA	算定不可	医師が必要と認めた場合に限り算定可 ・肝機能検査 ・HCV抗体検査 ・HCV-RNA
	治　療	業務上疾病と認められたものに限り算定可 ・インターフェロン製剤等	算定不可	業務上疾病と認められたものに限り算定可 ・インターフェロン製剤等
エイズ（HIV）	検　査	医師が必要と認めた場合に限り算定可 ・HIV抗体検査等	算定不可	感染の蓋然性が特に高いと医学的に認められる場合（注３）に限り算定可 ・HIV抗体検査等
	治　療	業務上疾病と認められたものに限り算定可 なお、HIV保有者の血液等ばく露を受けたことが明らかな場合、受傷等の後、感染の有無が確認されるまでの間の抗HIV薬の投与は可。	算定不可	業務上疾病と認められたものに限り算定可 なお、HIV保有者の血液等ばく露を受けたことが明らかな場合、受傷等の後、感染の有無が確認されるまでの間の抗HIV薬の投与は可。
成人T細胞白血病（ATL）	検　査	医師が必要と認めた場合に限り算定可 ・HTLV-１抗体検査	算定不可	感染の蓋然性が特に高いと医学的に認められる場合（注３）に限り算定可 ・HTLV-I抗体検査
	治　療	業務上疾病と認められたものに限り算定可	算定不可	業務上疾病と認められたものに限り算定可
梅　毒	検　査	医師が必要と認めた場合に限り算定可 ・梅毒検査	算定不可	感染の蓋然性が特に高いと医学的に認められる場合（注３）に限り算定可 ・梅毒検査
	治　療	業務上疾病と認められたものに限り算定可	算定不可	業務上疾病と認められたものに限り算定可

（注１）針刺しによる負傷部位の洗浄、消毒等の処置については、労災保険で取り扱われます。

（注２）労災保険の対象となる針刺し事故等の場合の感染症等の検査算定時には、レセプトの「傷病の経過」又は「摘要」欄に感染源の特定の有無、特定された感染源となる患者等の検査に係る感染症の状況（過去における検査結果、不明時は不明）を必ず記載してください。

（注３）感染の蓋然性が特に高いと医学的に認められる場合とは、現に当該陽性患者が含まれている場合やその傷病を専門としている医療機関である場合等をいいます。

参考（『医療担当者必読書 労災診療費算定実務講座 令和８年度版』発行：公益財団法人労災保険情報センター）

第6編 労災診療費の請求手続き

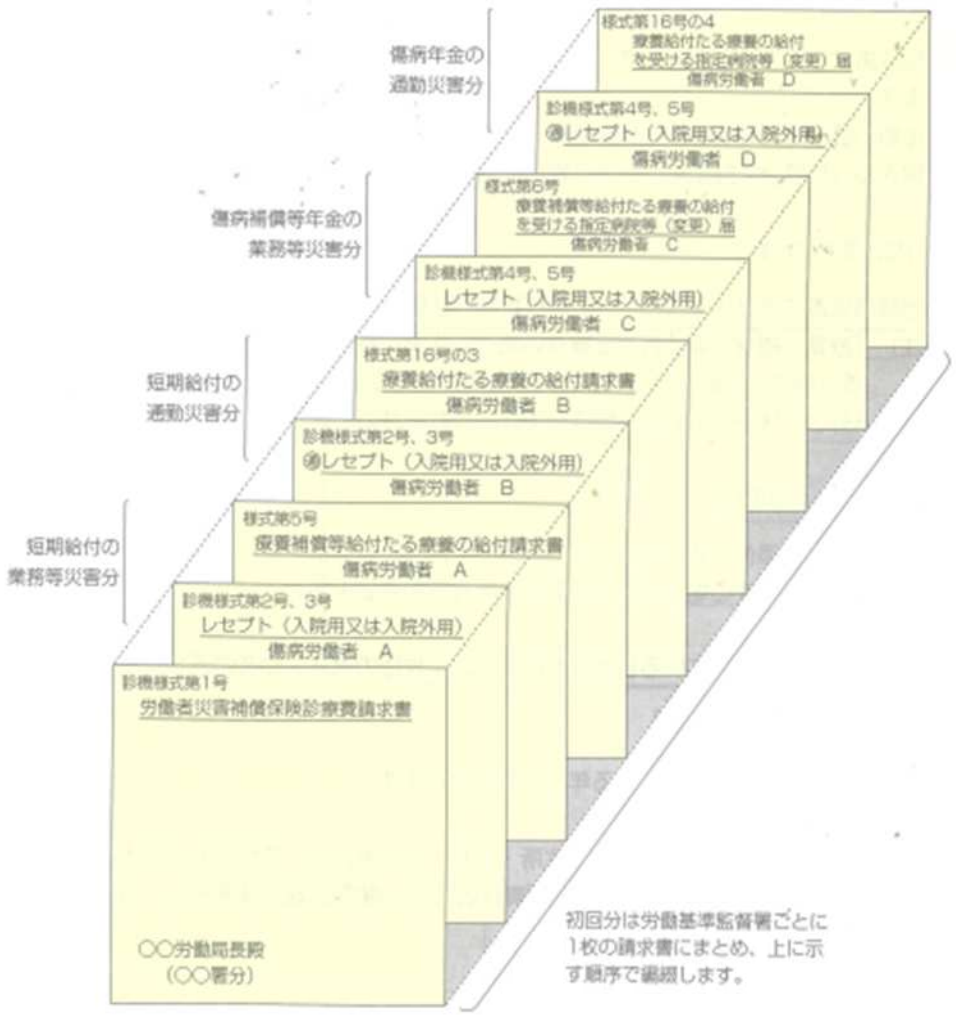
（3）請求書・レセプトの編綴順序

① 初回分（傷病（補償）等年金へ移行後の初回を含む）

傷病労働者の所属する事業場を管轄する労働基準監督署ごとに請求書を作成します。
なお、レセプトには各様式を必ず添付してください。

◎ 請求書

- ○［短　期　給　付］業務等災害レセプト　＋　様式第５号
- ○［短　期　給　付］通勤災害レセプト　＋　様式第16号の３
- ○［傷病補償等年金］業務等災害レセプト　＋　様式第６号
- ○［傷　病　年　金］通勤災害レセプト　＋　様式第16号の４



参考（『医療担当者必読書 労災診療費算定実務講座 令和８年度版』発行：公益財団法人労災保険情報センター）

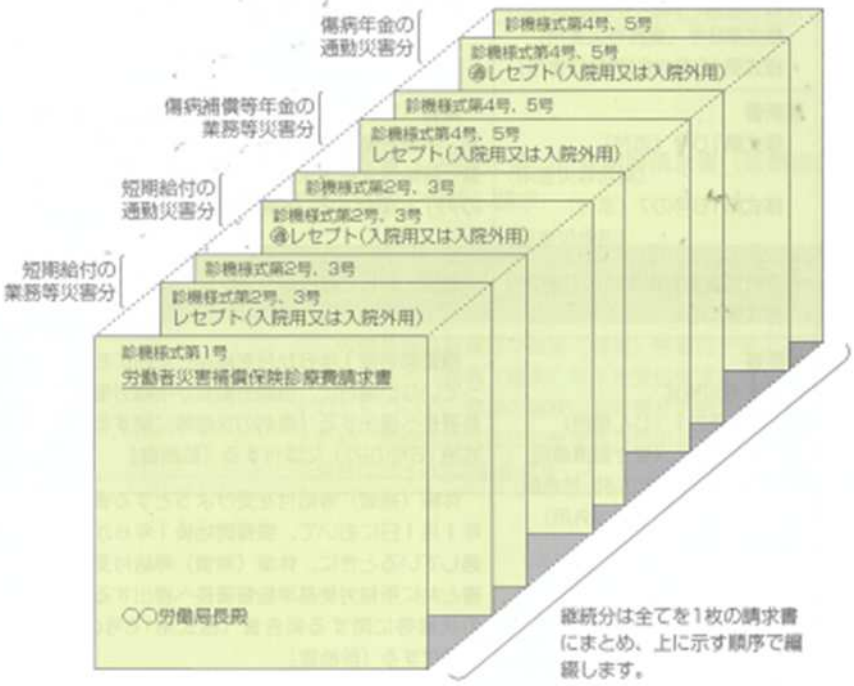
② 継続分

初回分とは異なり、傷病労働者の事業場の所在地に関係なく一括して請求書を作成します。

◎ 請求書

- ○［短　期　給　付］業務等災害レセプト
- ○［短　期　給　付］通勤災害レセプト
- ○［傷病補償等年金］業務等災害レセプト
- ○［傷　病　年　金］通勤災害レセプト

なお、転医始診のレセプトの場合は、様式第６号又は第 16 号の４を添付してください。



＜注意事項（①、②共通）＞

- 請求書単位で束全体を紐・こより等で綴るか、クリップ留めをします。
  ※　のり・ホチキス等は使用しないでください。
- 編綴順序は標準的な取扱いを示したものであり、各都道府県労働局によって若干相違する場合がありますので、各都道府県労働局労災補償課（分室・医療係）（250 ページ参照）にご確認ください。

(4) 診療費請求書等の提出先

編綴した請求書は、労災指定医療機関等の所在地を管轄する労働局労災補償課（分室・医療係）に提出します。

２　労災保険制度について

（１）労災保険とは

労災保険とは、労働者災害補償保険の略称であり、労働者災害補償保険法で定められております。

業務災害（複数業務要因災害）や通勤災害による労働者の負傷、疾病、障害、死亡等に対して必要な保険給付を行う制度です。また、被災労働者の社会復帰促進や遺族の援護等を目的に、アフターケア制度や義肢等補装具支給制度の社会復帰促進等事業があります。

（２）業務災害とは

労働者が業務を原因として被った傷病（負傷・疾病）又は死亡（以下「傷病等」という。）を「業務災害」といい、業務と傷病等との間に相当因果関係があることを「業務上」と呼んでいます。また、事業主が同一ではない複数の事業場の業務（いわゆる副業）による負荷を総合的に評価して判断する「複数業務要因災害」（「脳・心臓疾患や精神障害」等の事案）があります。

業務災害に対する保険給付は、労働者が労災保険の適用事業場に雇用され、事業主の支配下にあるときに、業務が原因となって発生した災害によって被災した労働者に対して行われます。

したがって、労働者が就業中であっても私用（私的行為）や業務を逸脱する恣意的行為が原因で災害を被った場合故意に災害を発生させた場合などは業務災害とは認められません。ただし、トイレなどの生理的行為など業務に付随する行為のときに生じた災害、準備・後始末行為は業務災害となります。

（３）通勤災害とは

労働者が通勤によって被った傷病等を「通勤災害」といいます。

この場合の「通勤」とは、就業に関し、①住居と就業の場所との間の往復、②就業の場所から他の就業の場所への移動、③単身赴任先住居と帰省先住居との間の移動を、合理的な経路及び方法により行うことをいい、業務の性質を有するもの（例えば、社有車（送迎）での出退勤、緊急呼び出しによる出勤等）を除くものとされています。

また、通勤経路を逸脱し、又は中断した場合には、逸脱又は中断の間及びその後の移動は「通勤」とはなりません。しかし、その逸脱・中断が日常生活上必要な行為であって、やむを得ない事由により最小限度の範囲で行う行為（例えば、日用品の購入、病院での受診等、限定されています）である場合には、その間を除き「通勤」とされます。

例えば、日用品購入のためスーパーに寄って買い物をした場合、買い物している時間は通勤とはなりませんが、通常の通勤経路に戻った後の災害は通勤災害になります。一方、食事をするとか、飲みに行くなど、上述の「日常生活上必要な行為」に該当しない場合は、その後、通勤経路上に戻ったとしても通勤災害にはなりません。

なお、通勤の途中で経路近くの公衆トイレを使用する場合や経路上の店でジュース等を購入する場合などの「ささいな行為をごく短時間」で行う場合には、逸脱・中断とはなりません。

（４）労働者とは

労災保険は、労働者の業務災害又は通勤災害について保険給付を行いますが、「労働者」の定義については、労働基準法第９条において「労働者とは、職業の種類を問わず事業又は事業所に雇用される者で賃金を支払われる者をいう。」と定められています。

ただし、地方公務員や国家公務員等については、それぞれ公務員災害補償法が適用され、労働者災害補償保険法の適用対象になりません。例えば、地方公務員の公務災害は、地方公務員災害補償法が適用されることになり、略称である「地公災」という言葉を耳にすることが多い

かもしれません。地方公務員や国家公務員等の場合は、労働基準監督署に申請する一般の労災とは基本的に窓口が異なり、この場合、窓口は勤務先の人事課・総務課などの公務災害担当となりますので、その点にご留意ください。

また、中小企業などの事業主等は、労働基準法第９条で定める労働者にはあたらないため、原則、労災保険の適用対象ではありませんが、労災保険には「特別加入」という制度があり、負傷時点で特別加入していた場合には、保険給付を受けることができる可能性があります。

（５）保険給付の種類及び内容

①　療養補償給付（療養給付）

提出先：労災指定医療機関等 ⇒ 労働局 ⇒ 労働基準監督署

業務災害又は通勤災害による傷病等により、労災指定医療機関等で療養するとき必要な療養の給付を行います。

（各種様式は厚生労働省ホームページからダウンロードにて入手できます。）

業務災害用

様式第５号（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　**初診時**）

様式第６号（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　**転医時**）

転医始診時では、５号取扱料（2,200 円）は算定できません。

（労災診療費算定マニュアル P5）

通勤災害用の

様式第 16 号の３（療養給付たる療養の給付請求書　**初診時**）

様式第 16 号の４（療養給付たる療養の給付を受ける指定病院等(変更)届　**転医時**）

被災労働者や所属事業場から上記請求書又は変更届が提出されますので、指定医療機関等においては、当該様式に「労働者に関する事項」や「災害発生状況」等の記載もれがないか、また、事業主証明や被災労働者の署名若しくは記名がなされているか等を確認し、診療費（薬剤費）請求書に添付して毎月 10 日必着で提出してください。（オンラインレセプト請求の医療機関等は、様式第５号等の各種様式のみを郵送等提出になります。）

なお、労災指定医療機関等以外で療養を受けた場合には、被災労働者が診療費等の費用の全額を負担し、様式第７号、様式第 16 号の５に診療担当者（薬剤費請求の場合は、診療担当者及び薬剤師）の証明を得た後、被災労働者が労働基準監督署へ直接請求することになります。（この様式第７号、様式第 16 号の５は、装具代や移送費等の実費額を請求する場合にも使用しますので、指定医療機関等においても証明される機会が少なくないと思います。）

②　休業補償給付（休業給付）

提出先：労働基準監督署

業務災害又は通勤災害による傷病等により、療養のため労働することができず、賃金を受けていない場合に休業４日目から支給されます。給付の内容は、休業（補償）給付として休業１日につき給付基礎日額（平均賃金）の 60%と休業特別支給金の 20%が支給されます。

休業補償給付請求書へ診療担当者の証明を行った場合、休業証明書料として 2,200 円が算定

できます。（労災診療費算定マニュアル P96）

③　障害補償給付（障害給付）

提出先：労働基準監督署

業務災害又は通勤災害による傷病等が治ゆ（症状固定）した後、労災保険法上の障害等級表に該当する障害が残っている場合に支給されます。給付の内容は、障害の程度（第１級から第 14 級）に応じ支給され、第１級から第７級は年金、第８級から第 14 級は一時金が支給されます。治ゆ（症状固定）後は、原則、労災保険による治療（薬剤を含む）は受けられません。

なお、障害補償給付に係る診断書料（7,000 円）についてはレセプト請求が可能です。

（労災診療費算定マニュアル P95）

④　遺族補償給付（遺族給付）

提出先：労働基準監督署

業務災害又は通勤災害により労働者が不幸にして亡くなられた場合に、その遺族に支給されます。給付の内容は、年金を原則とし、年金を受けることができる遺族がいない場合は一時金が支給されます。

⑤　葬祭料（葬祭給付）

提出先：労働基準監督署

業務災害又は通勤災害により死亡した労働者の葬祭を行う者に一定の額が支給されます。

⑥　傷病補償年金（傷病年金）

提出先：労働基準監督署

業務災害又は通勤災害による傷病が療養を開始してから１年６か月を経過した時点で、療養（補償）給付と休業（補償）給付の両方を受けている被災労働者は、「傷病の状態等に関する届」を労働基準監督署に提出することになっており、その内容に応じて、その症状が傷病等級第１級（常時介護）、第２級（随時介護）、第３級（常態として労働不能）のいずれかに該当するときは、労働基準監督署が傷病（補償）年金への移行決定した後に休業（補償）給付に替えて年金が支給されます。

労働基準監督署における調査の結果、傷病補償年金へ移行した場合には、年金受給者から指定医療機関等に対して、年金証書の番号等を記載した下記変更届が提出されますので、その後は傷病補償年金用の診療費請求内訳書（レセプト）に年金番号証書の番号を記載し、ご請求ください。

様式第６号（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 16 号の４（療養給付たる療養の給付を受ける指定病院等（変更）届）

労働基準監督署が療養開始後１年６か月経過時点で被災労働者へ提出を求める「傷病の状態等に関する届」に添付する診断書については、その診断書料として 6,000 円が算定できます。

（労災診療費算定マニュアル P95）

⑦　介護補償給付（介護給付）

提出先：労働基準監督署

障害補償年金（障害年金）又は傷病補償年金（傷病年金）を受けている者のうち第１級又は第２級該当者であって、常時又は随時介護を要する状態にあり、現に介護を受けている者に対し支給されます。

⑧　二次健康診断等給付

提出先：労働基準監督署

事業主が行った直近の定期健康診断（一次健康診断）において、血圧検査、血中脂質検査、血糖検査、腹囲又はＢＭＩの測定のすべての検査において異常所見があると診断され、脳・心臓疾患の症状を有していないと認められる労働者に対して、二次健康診断及び特定保健指導を行います。なお、事業主等、特別加入者は対象外です。

（６）療養の期間及び範囲

①　療養の期間

療養の期間については、その傷病について療養が必要であり、「治ゆ」までの期間としています。労災保険における「治ゆ」の概念は次のとおりです。

【 治 ゆ 】

労災保険で傷病が「治ったとき」とは、もとの健康状態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を行っても、その医療効果が期待できなくなった状態**をいい、この状態を**労災保険では「治ゆ」（症状固定）**といいます。したがって、投薬・理学療法等の治療により、症状が一時的に回復するにすぎない場合など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）給付は行わないこととなっており、「治ゆ」（症状固定）の状態にあるにもかかわらず、暗にその時期を延ばしたり、自覚症状を訴えていることだけで漫然と診療を継続したりすることは認められません。

（例１）切創もしくは割創の創面が癒着した場合又は骨折で骨癒合した場合であって、たとえ疼痛などの症状が残っていても、その症状が安定した状態になり、その後の療養を継続しても改善が期待できなくなったとき。

（例２）骨癒合後の機能回復療法として理学療法を行っている場合に、治療施行時には運動障害がある程度改善されるが、後日経過すると、元の状態に戻るという経過が一定期間にわたってみられるとき。

（例３）頭部外傷が治った後においても外傷性てんかんが残る場合があり、この時、治療によってそのてんかん発作を完全に抑制できない場合であっても、その症状が安定し、その後の療養を継続してもそれ以上てんかん発作の抑制が期待できなくなったとき。

（例４）外傷性頭蓋内出血に対する治療後、身体性機能障害（片麻痺など）の状態が残っても、その症状が安定し、その後の療養を継続しても改善が期待できなくなったとき。

（例５）腰部捻挫による腰痛症の急性症状は消退したが、疼痛などの慢性症状が継続している場合であっても、その症状が安定し、その後の療養を継続しても改善が期待できなくなったとき。

（例６）アフターケア制度の対象傷病であって、その傷病の後遺症状として取扱う状態と認めら

れ、アフターケア制度の範囲内で保険上の措置が可能になったとき。

一方、傷病がいったん治ゆ（症状固定）と認められた後に再び発症し、次のいずれの要件も満たす場合には「再発」として、再び療養（補償）給付を受けることができます。

【再発】

ア　その症状の悪化が、当初の業務上又は通勤上による傷病と相当因果関係があると認められること。

イ　症状固定時の状態からみて、明らかに症状が悪化していること。

ウ　療養を行えば、その症状の改善が期待できると医学的に認められること（いわゆる対症療法のみは不可）。

※　再発で療養を行うこととなった場合、「様式第５号」又は「様式第 16 号の３」を提出する必要がありますが、５号取扱料、救急医療管理加算は算定できません。

（7）アフターケア

アフターケアとは、労災保険の社会復帰促進事業の一環として、被災労働者の労働能力の維持を図り、円滑な社会生活への復帰を援助するものです。

療養後、治ゆ（症状固定）後においても後遺症状が変化したり、後遺障害に不随する疾病を発症させたりする恐れがあるので、その予防、その他保健上の措置として診察、保健指導、保健のための薬剤支給などを「アフターケア」として実施しています。

アフターケアの対象となる傷病は、せき髄損傷、頭頸部外傷症候群等など 20 傷病が定められており、対象者は、労働局長が交付する「アフターケア手帳」を労災指定医療機関等へ提示することにより無料で受けられます。なお、更新不可の手帳もあります。

※　労働者に対しては「アフターケア手帳」の提示を求め、有効期間を確認していただき、アフターケア手帳の表紙右上に記載されたアフターケア手帳番号を請求書に記載してください。アフターケア手帳の更新がなされた場合、更新後は枝番号が 001、002… というように枝番号の部分が変わっていきますのでご注意ください。

※　アフターケア手帳の有効期間が満了する前には、更新が可能な傷病名の場合、労働局から更新手続きに関する案内がなされます。更新時に診断書の添付が必要な場合、これまでは診断書料が自己負担でしたが、令和８年６月の労災診療費算定基準の改定により、診断書１通につき 5,000 円が支給されます。診断書の作成を行った指定医療機関等におかれましては、「アフターケア委託費請求内訳書」の「摘要」欄に、診断書料 5,000 円と記載し、アフターケアに要した費用として請求してください。

※ R8.12.7以降、使用可（郵送又は持参）
ただし、**FAX受信不可**

レセプト用紙申込書（医療機関用）

依頼日：令和　　年　　月　　日

労災指定番号	医　療　機　関　名		
所　在　地	（〒　　－　　）		
電　話　番　号	－　　－	担当者名	

【申込用紙及び枚数】　※ 希望枚数をご記入ください。

種　類		帳票種別	物品番号（右下欄外に記載）	希望枚数	備　考
診療費請求書		34720	7230	枚	単　票
診療費請求内訳書（単票）	入院用	34721	7231	枚	単　票
	入院外用	34722	7232	枚	
	入院用（傷）	34723	7233	枚	
	入院外用（傷）	34724	7234	枚	
診療費請求内訳書（連続用紙）	入院用	34721	7235	枚	連続用紙（ミシン目でつながったもの）
	入院外用	34722	7236	枚	
	入院用（傷）	34723	7237	枚	
	入院外用（傷）	34724	7238	枚	
診療費請求内訳書（コンピューター用）	入院用	34725	7239	枚	連続用紙（ミシン目でつながったもの）
	入院外用	34726	72220	枚	
	入院用（傷）	34727	72221	枚	
	入院外用（傷）	34728	72222	枚	
アフターケア委託費請求書		37700	81201	枚	単　票
アフターケア委託費請求内訳書		37702	81203	枚	
二次健康診断等費用請求書		38700	72615	枚	単　票
二次健康診断等費用請求内訳書		38701	72620	枚	単票+3枚複写

【受取方法】　**郵送　・　来局**　（いずれかを〇で囲んでください。）

（郵送の場合）
・**着払い**となりますので、下表の料金を参考にしてください。
（目安枚数は単票のみの場合ですので、連続用紙等の場合はご連絡ください。）
・在庫に限りがありますので、必要以上の請求はご遠慮ください。

（来局の場合）
・来局される日時
令和　　年　　月　　日
午前・午後　　時頃

着払料金表（ゆうメール）　※ 目安枚数は単票のみの場合

目安枚数	重さ	運賃	手数料	着払料金
20枚	150g以内	180	34	**214円**
40枚	250g以内	215	34	**249円**
90枚	500g以内	310	34	**344円**
180枚	1kg以内	360	34	**394円**

≪R8.12.7以降の宛先≫

〒892-8535
鹿児島市山下町13番21号
鹿児島合同庁舎1階
鹿児島労働局労働基準部労災補償課
TEL．099－223－8280
FAX．なし

※事務室移転に伴い、令和8年12月7日以降のあて先は上記になります。
※移転後は**FAX受信不可**となり、同月7日以降は**申込書の郵送**（毎月の診療費請求書の送付時に申込書を同封するなど）又は**電話による申込み**をお願いします。