説明資料
会次第の　４

令和８年度　労災診療費算定実務研修会
（障害（補償）等給付請求用診断書の様式見直しについて）

１　障害（補償）等給付請求用診断書の様式見直しについて

（説明資料２～１３ページにて説明）

・労災保険における障害（補償）等給付請求書に添付する診断書様式が改定されました。令和 8 年 6 月 1 日以降に労働基準監督署へ提出されるものが対象となっており、診断書作成料につきましても 4,000 円から 7,000 円へ見直しされています。

２　労災指定病院等登録（変更）報告について

（説明資料１４～１８ページにて説明）

・医療機関の名称、所在地、代表者、診療科目及び振込先口座などに変更があった場合には、その都度「労災指定病院等登録（変更）報告書」の提出が必要となります。

・入院施設を有しており、入院室料加算額の変更があった場合には、その都度「労災保険・入院室料加算額報告書」の提出が必要となります。

３　鹿児島労働局労災補償課の事務室移転について

（説明資料１９ページにて説明）

・令和８年 12 月４日（金）業務終了後に移転をし、同月７日（月）より下記の住所での業務開始となります。

【新住所】〒892-8535
鹿児島市山下町１３番２１号 鹿児島合同庁舎１階
TEL 099-223-8280

※研修動画において、表示されている電話番号（099-223-8080）は誤っており、上記電話番号が正しいものになります。申し訳ございません。

労働者・労災医療を担当する医師の皆さま

障害（補償）等給付請求書に添付して提出する診断書の様式を見直しました

障害（補償）等給付に係る診断書様式の検討結果を踏まえ、障害（補償）等給付請求用診断書の様式を見直しました。主な変更点は以下のとおりです。

●主な変更点

- **全ての部位ごとに、障害等級認定基準に定められた障害の有無の欄を追加しました。**
- **眼、耳の障害等について、各種検査結果の記載欄を追加しました。**
- **口の障害等について、認定要件を満たす障害の状態があるか否かの記載欄（歯牙障害については歯科補綴を加えた歯の数等）を追加しました。**
- **眼瞼や、耳介、鼻軟骨部の欠損、醜状障害、上肢及び下肢の欠損障害について、障害の状態を確認するため、記載欄に人体図等を追加しました。**

※従来の様式から大幅に変更となっているのでご留意ください

●改正後の診断書を作成していただく際には、別紙の「診断書記載例」をご参照下さい。

●令和８年６月１日以降に、改正後の診断書により障害等級認定事務を行います。

なお、改正後の診断書は最寄りの都道府県労働局、労働基準監督署でも配布しております。また、以下の厚生労働省ホームページにも掲載しております。

（URL）https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/001685721.pdf

このリーフレットに関し、ご不明な点等ございましたら最寄りの都道府県労働局、労働基準監督署へお問い合わせください。

説明資料 4
1ページ

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

都道府県労働局・労働基準監督署

都道府県労働局一覧

都道府県	郵便番号	住所	電話番号
北海道	060-8566	札幌市北区北8条西2－1－1　札幌第1合同庁舎	011(709)2311
青　森	030-8558	青森市新町2－4－25　青森合同庁舎	017(734)4115
岩　手	020-8522	盛岡市盛岡駅西通1－9－15　盛岡第2合同庁舎	019(604)3009
宮　城	983-8585	仙台市宮城野区鉄砲町1　仙台第4合同庁舎	022(299)8843
秋　田	010-0951	秋田市山王7－1－3　秋田合同庁舎	018(883)4275
山　形	990-8567	山形市香澄町3－2－1　山交ビル	023(624)8227
福　島	960-8513	福島市花園町５－46　福島第二地方合同庁舎	024(536)4605
茨　城	310-8511	水戸市宮町1－8－31　茨城労働総合庁舎	029(224)6217
栃　木	320-0845	宇都宮市明保野町1－4　宇都宮第２地方合同庁舎	028(634)9118
群　馬	371-8567	前橋市大手町2－3－1　前橋地方合同庁舎	027(896)4738
埼　玉	330-6016	さいたま市中央区新都心11－２　ランド・アクシス・タワー	048(600)6207
千　葉	260-8612	千葉市中央区中央4－11－1　千葉第2地方合同庁舎	043(221)4313
東　京	102-8306	千代田区九段南1－2－1　九段第3合同庁舎	03(3512)1617
神奈川	231-8434	横浜市中区北仲通5－57　横浜第2合同庁舎	045(211)7355
新　潟	950-8625	新潟市中央区美咲町1－2－1　新潟美咲合同庁舎2号館	025(288)3506
富　山	930-8509	富山市神通本町1－5－5　富山労働総合庁舎	076(432)2739
石　川	920-0024	金沢市西念3－4－1　金沢駅西合同庁舎	076(265)4426
福　井	910-8559	福井市春山1－1－54　福井春山合同庁舎	0776(22)2656
山　梨	400-8577	甲府市丸の内1－1－11	055(225)2856
長　野	380-8572	長野市中御所1－22－1	026(223)0556
岐　阜	500-8723	岐阜市金竜町5－13　岐阜合同庁舎	058(245)8105
静　岡	420-8639	静岡市葵区追手町9－50　静岡地方合同庁舎	054(254)6369
愛　知	460-0008	名古屋市中区栄2－3－1　名古屋広小路ビルヂング	052(855)2147
三　重	514-8524	津市島崎町327－2　津第二地方合同庁舎	059(226)2109
滋　賀	520-0806	大津市打出浜14－15　滋賀労働総合庁舎	077(522)6630
京　都	604-0846	京都市中京区両替町通御池上ル金吹町451	075(241)3217
大　阪	540-8527	大阪市中央区大手前4－1－67　大阪合同庁舎第2号館	06(6949)6507
兵　庫	650-0044	神戸市中央区東川崎町1－1－3　神戸クリスタルタワー	078(367)9155
奈　良	630-8113	奈良市法蓮町163－1　新大宮愛正寺ビル	0742(32)1910
和歌山	640-8581	和歌山市黒田2－3－3　和歌山労働総合庁舎	073(488)1153
鳥　取	680-8522	鳥取市富安2－89－9	0857(29)1706
島　根	690-0841	松江市向島町134－10　松江地方合同庁舎	0852(31)1159
岡　山	700-8611	岡山市北区下石井1－4－1　岡山第2合同庁舎	086(225)2019
広　島	730-8538	広島市中区上八丁堀6－30　広島合同庁舎第2号館	082(221)9245
山　口	753-8510	山口市中河原町6－16　山口地方合同庁舎2号館	083(995)0374
徳　島	770-0851	徳島市徳島町城内6－6　徳島地方合同庁舎	088(652)9144
香　川	760-0019	高松市サンポート3－33　高松サンポート合同庁舎	087(811)8921
愛　媛	790-8538	松山市若草町4－3　松山若草合同庁舎	089(935)5206
高　知	781-9548	高知市南金田1－39　高知労働総合庁舎	088(885)6025
福　岡	812-0013	福岡市博多区博多駅東2－11－1　福岡合同庁舎新館	092(411)4799
佐　賀	840-0801	佐賀市駅前中央3－3－20　佐賀第2合同庁舎	0952(32)7193
長　崎	850-0033	長崎市万才町7－1　TBM長崎ビル	095(801)0034
熊　本	860-8514	熊本市西区春日2－10－1　熊本地方合同庁舎	096(355)3183
大　分	870-0037	大分市東春日町17－20　大分第2ソフィアプラザビル	097(536)3214
宮　崎	880-0805	宮崎市橘通東3－1－22　宮崎合同庁舎	0985(38)8837
鹿児島	892-0842	鹿児島市東千石町14－10　天文館NNビル	099(223)8280
沖　縄	900-0006	那覇市おもろまち2－1－1　那覇第2地方合同庁舎1号館	098(868)3559

労災保険に関する詳しい情報・お問い合わせ

最寄りの都道府県労働局または労働基準監督署にご相談ください。

■全国の労働基準監督署 一覧

■労災保険相談ダイヤル

0570-006031 (平日8:30~17:15)

精神障害の労災補償や労災保険給付などに関する一般的なご質問は、こちらでも受け付けています。
※ご利用には通話料がかかります。

説明資料 4
2ページ

(R8.4)

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		治ゆ(症状固定)年月日	年 月 日
既往歴		既存障害	

療及び養の経内過容	

各部位の障害の状態の詳細

(各部位の障害について、該当項目や有・無に○印を付け各欄に検査数値や所見等を記入してください。)

① 神経系統の機能又は精神の障害

ア 高次脳機能障害の有無	有 ・ 無	イ 身体性機能障害の有無(麻痺等)	有 ・ 無
ウ 非器質性の精神障害の有無	有 ・ 無	エ その他、疼痛などの神経障害	有 ・ 無

【神経系統の機能又は精神の障害の注意事項】
※上記のいずれかの障害について記載した場合は、その障害の状態の詳細について⑪の「障害の状態及びXP等の所見」欄に記入してください。
※上記ア、イが有の場合はMRI等の検査所見を記入するか、または各種検査所見を添付してください。
※上記エが受傷部位に生じた疼痛の場合、ⅰ常時疼痛を残す状態か、ⅱⅰに加え、時には強度の疼痛のため、通常の労務にも支障が生ずる状態かも併せて⑪の「障害の状態及びXP等の所見」欄に記入してください。

② 胸腹部臓器の障害

ア 呼吸器の障害	有 ・ 無	イ 循環器の障害の有無	有 ・ 無
ウ 腹部臓器の障害	有 ・ 無	エ 泌尿器の障害の有無	有 ・ 無
オ 生殖器の障害	有 ・ 無		

【胸腹部臓器の障害の注意事項】
※上記のいずれかの障害について記載した場合は、その障害の状態の詳細について⑪の「障害の状態及びXP等の所見」欄に記入してください。
併せて各種検査所見を記入するか、または各種検査結果を添付してください。

③ 眼の障害

	ア 視力障害		イ 調節機能障害	ウ 運動障害	エ 眼瞼の障害(以下のa～cに該当するものがあれば○を記入してください)	オ 外傷性散瞳	
	裸眼	矯正	調節力	注視野障害	a 欠損障害 b まつげはげ c 運動障害(開瞼・閉瞼障害)	瞳孔の対光反射が著しく障害され、著明な羞明を訴えるもの	瞳孔の対光反射が不十分であり、羞明を訴えるもの
右			( ) D	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
左			( ) D	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無

カ 複視			キ 視野障害			
正面視	正面視以外		半盲	視野狭窄	視野変状(暗点、視野欠損)	
有 ・ 無	有 ・ 無		有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	

【眼の障害の注意事項】
※上記いずれかの障害を記載した場合は、その障害の状態の詳細について⑪の「障害の状態及びXP等の所見」欄に記入してください。
※視力(万国式試視力表)、ヘススクリーンテスト(Hess赤緑試験)、ゴールドマン型視野計などの検査所見を⑪の「障害の状態及びXP等の所見」欄に記入するか、または各種検査結果を添付してください。また、参考検査として自動視野計などの他の検査所見についても可能な範囲で⑪の「障害の状態及びXP等の所見」欄に記入するか、または各種検査結果を添付してください。
※併せて眼症状の原因となる前眼部、中間透光体、眼底などの他覚的所見を⑪の「障害の状態及びXP等の所見」欄に記入してください。
※「エ 眼瞼の障害」が有の場合は、⑪の「障害の状態及びXP等の所見」欄に図示するか、その状態が分かる資料等を添付してください。

説明資料 4
3ページ

④ 耳の障害

検査日		ア 平均純音聴力レベル（6分式）			イ 最高明瞭度（語音）		ウ 耳介の欠損			エ 耳鳴			
								a 耳介の1／2以上の欠損	b その他	a 耳鳴に係る検査により著しい耳鳴が常時ある		b その他	
第1回	年	右		dB		%				右	有・無	右	有・無
	月	左		dB		%	右	有・無	有・無	左	有・無	左	有・無
第2回	年	右		dB		%	左	有・無	有・無				
	月	左		dB		%	オ 耳漏の有無						
第3回	年	右		dB		%	右	有・無	有・無				
	月	左		dB		%	左	有・無	有・無				

【耳の障害の注意事項】
※上記いずれかの障害を記載した場合は、その障害の状態の詳細について⑪の「障害の状態及びXP等の所見」欄に記入してください。併せて、純音聴力レベル、ピッチ・マッチ検査及びラウドネス・バランス検査などの検査所見を記入するか、または各種検査結果を添付してください。
※「ウ 耳介の欠損」が有の場合は、⑪の「障害の状態及びXP等の所見」欄に図示するか、その状態が分かる資料等を添付してください。
※「オ 耳漏の有無」について、常時耳漏が生じている場合にその有無を記載欄に記入してください。

⑤ 鼻の障害

ア 鼻軟骨部の欠損		イ 鼻の機能障害		
全部又は大部分	一部欠損	鼻呼吸困難	嗅覚脱失	嗅覚減退
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無

【鼻の障害の注意事項】
※上記いずれかの障害を記載した場合は、その障害の状態の詳細について⑪の「障害の状態及びXP等の所見」欄に記入してください。併せて、T&Tオルファクトメータ等の検査所見を記入するか、または各種検査結果を添付してください。
※「ア 鼻軟骨部の欠損」が有の場合は、⑪の「障害の状態及びXP等の所見」欄に図示するか、その状態が分かる資料等を添付してください。

⑥ 口の障害

ア そしゃく機能の障害 ※該当する項目に○を記入してください		イ 言語機能の障害 ※該当する項目に○を記入してください	
流動食以外は摂取できない		4種の語音のうち、3種以上発音が不能	
粥食又はこれに準ずる程度の飲食物以外摂取できない		4種の語音のうち、2種の発音が不能	
固形食物の中でもそしゃくできない又はそしゃくが十分でないものがある		4種の語音のうち、1種の発音が不能	

エ 味覚障害		オ その他の障害	
味覚脱失	味覚減退	声帯麻痺による著しいかすれ声	開口障害等によるそしゃく機能の低下
有・無	有・無	有・無	有・無

ウ 歯牙障害

歯科補てつを加えた歯数を記入してください。
ただし、「歯科補てつを加えた」ものとは、現実に喪失又は著しく欠損した歯牙に対する補てつをいい、有床義歯又は架橋義歯等を補綴した場合における支台冠又は鉤の装着歯やポスト・インレーを行うに留まった歯牙は補てつ歯数に算入しません。

7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7
7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7

該当歯 計 歯

※今回の事故により歯科補てつを加えた歯のみを記入してください

今回の事故等の前に喪失又は「歯科補てつ」を加えた歯の有無	有・無（有の場合は下の欄に記入してください）

【口の障害の注意事項】
※上記いずれかの障害を記載した場合は、その障害の状態の詳細について⑪の「障害の状態及びXP等の所見」欄に記入してください。併せて、濾紙ディスク法による味質などの検査所見を記入するか、または各種検査結果を添付してください。
※「ウ 歯牙障害」について、今回の事故等の前に、既に喪失又は著しく欠損した歯牙に対する補てつを行った歯が有の場合は、以下の欄に記入してください。

今回の事故等の前に喪失や「歯科補てつ」を加えた歯がある場合

7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7
7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7

該当歯 計 歯

⑦ 醜状障害

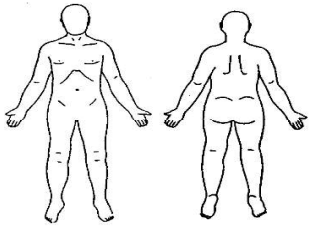
ア 外貌		
頭部	顔面部	頸部
有・無	有・無	有・無

（醜状の大きさ、形態等を以下に図示するか、その状態が分かる資料等を添付してください）



イ 上肢・下肢・その他		
上肢	下肢	その他の部位
有・無	有・無	有・無

（醜状の大きさ、形態等を以下に図示するか、その状態が分かる資料等を添付してください）



【醜状障害の注意事項】
※上記いずれかの障害を記載した場合は、その障害の状態の詳細について⑪の「障害の状態及びXP等の所見」欄に記入してください。

⑧ せき柱及びその他の体幹骨

ア　せき柱の変形障害

圧迫骨折の有無	固定術の有無	椎弓切除術の有無
有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無

ウ　その他体幹骨の変形の有無

(裸体になって変形が明らかにわかる程度のものがある場合に、下記①～⑤に○を記入してください。)

①鎖骨　②胸骨　③肋骨　④肩甲骨　⑤骨盤骨

イ　頸椎部、胸腰椎部の運動障害

(障害のある運動に○を付け、下記「⑩上下肢等関節角度測定表」にその可動域角度を記入してください。)

前　屈		後　屈	
右回旋		左回旋	
右側屈		左側屈	

エ　せき柱の荷重機能障害

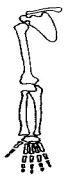
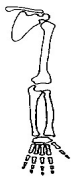
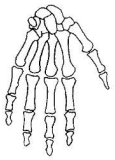
(該当する障害がある場合は、下記①、②いずれかに○を記入してください。)

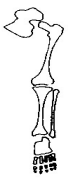
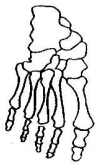
①頸部及び腰部の両方の保持に困難があり、常に硬性補装具を必要とするもの	②頸部又は腰部のいずれかの保持に困難があり、常に硬性補装具を必要とするもの

【せき柱及びその他の体幹骨の障害の注意事項】
※上記いずれかの障害を記載した場合は、その障害の状態の詳細について⑪の「障害の状態及びXP等の所見」欄に記入してください。併せて、各種検査所見を記載するか、または検査結果を添付してください。

⑨ 上肢（手指含む）及び下肢（足指含む）の障害

ア　欠障損害(離断部位を下図に図示してください。)

上肢 (右)	上肢 (左)	手指 (右)	手指 (左)
			

下肢 (右)	下肢 (左)	足指 (右)	足指 (左)
			

イ 短縮障害			(部位と原因)
	右下肢長	cm	
	左下肢長	cm	

ウ 変形障害			
	偽関節（仮関節）の有無及び部位（ゆ合不良）	有・無	(部位)
	変形ゆ合の有無及び部位	有・無	(部位)

※常に硬性補装具が必要等、上記障害の詳細を⑪の「障害の状態及びXP等の所見」欄に記入してください。

エ 関節の機能障害の有無	有・無

【上肢及び下肢の障害の注意事項】
※左記に関節の機能障害の有無に○をしてください。有の場合は⑩の「上下肢等関節角度測定表」に測定結果を記入してください。
※上記いずれかの障害を記載した場合は、その障害の状態の詳細について⑪の「障害の状態及びXP等の所見」欄に記入してください。併せて、各種検査所見を記入するか、または検査結果を添付してください。

⑩ 上下肢等関節角度測定表

部位＼運動方向	屈曲(前屈)	伸展(後屈)	回旋 右	回旋 左	側屈 右	側屈 左
頸部						
胸腰部						

肩関節 運動方向＼部位	右	左
屈曲(前方挙上)		
伸展(後方挙上)		
外転(側方挙上)		
内転		
外旋		
内旋		

運動方向＼部位	ひじ関節 右	ひじ関節 左	手関節 右	手関節 左
屈曲(掌屈)				
伸展(背屈)				
橈屈				
尺屈				

運動方向＼部位	前腕 右	前腕 左
回内		
回外		

(手指)

部位＼関節名		中手指節関節 (MP) 右	中手指節関節 (MP) 左	指節間関節 (IP) 右	指節間関節 (IP) 左
母指	屈曲				
	伸展				

部位＼	右	左
橈側外転		
掌側外転		

部位＼関節名		中手指節関節 (MCP) 右	中手指節関節 (MCP) 左	近位指節間関節 (PIP) 右	近位指節間関節 (PIP) 左	遠位指節間関節 (DIP) 右	遠位指節間関節 (DIP) 左
示指	屈曲						
	伸展						
中指	屈曲						
	伸展						
環指	屈曲						
	伸展						
小指	屈曲						
	伸展						

⑩ 上 下 肢 等 関 節 角 度 測 定 表

部位 / 運動方向	股関節 右	股関節 左	部位 / 運動方向	ひざ関節 右	ひざ関節 左	足関節 右	足関節 左
屈　曲			屈　曲（底屈）				
伸　展			伸　展（背屈）				
外　転							
内　転							
外　旋							
内　旋							

（足指）

部位 / 関節名		中足指節関節（MTP） 右	中足指節関節（MTP） 左	指節間関節（IP） 右	指節間関節（IP） 左
第1足指	屈　曲				
	伸　展				

部位 / 関節名		中足指節関節（MTP） 右	中足指節関節（MTP） 左	近位指節間関節（PIP） 右	近位指節間関節（PIP） 左	遠位指節間関節（DIP） 右	遠位指節間関節（DIP） 左
第2足指	屈　曲						
	伸　展						
第3足指	屈　曲						
	伸　展						
第4足指	屈　曲						
	伸　展						
第5足指	屈　曲						
	伸　展						

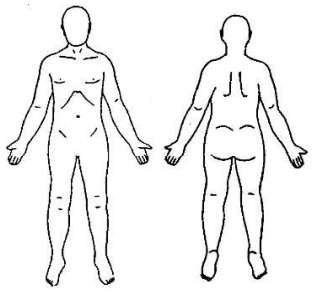
※本測定表のうち、必要部分のみ記入してください。また、患側のみならず健側も測定してください。
※原則、他動運動により測定してください。自動運動で測定した場合には、その理由を以下に記入してください。

（自動運動で測定した理由）

⑪ 障害の状態及びXP等の所見

（上記①～⑨で該当ありの場合、当該障害の詳細、検査所見等について記入するか、または各種検査結果等を添付してください。）

（図で示すことができるものは図解してください。）



労災保険制度のアフターケアの必要性	有 / 無		※有無のいずれかに○をしてください。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。複数の障害がある場合は、アフターケアの必要性が認められる上記①～⑨の障害の番号を全て記入してください。

上記のとおり診断します。

〒　　－　　　電話（　　）　　－

所　在　地

名　　称

年　　月　　日

（診療科）　　（氏名）

診断担当者
氏　名　等

説明資料 4
6ページ

診断書記載例（①欄、せき髄損傷の場合）

労働者災害補償保険診断書

障害（補償）等給付請求用

氏名	労災　太郎	生年月日	平成〇年1月1日
傷病名	せき髄損傷	負傷又は発病年月日	令和〇年4月1日
		初診年月日	令和〇年4月1日
障害の部位	頸髄	治ゆ（症状固定）年月日	令和〇年3月1日
既往歴	なし	既存障害	なし

療養及びの経過内容

令和〇年4月1日、作業中に高所から転倒し受傷。同日当院へ救急搬送され、CT撮影し上記診断を行った。初診時から両上下肢完全麻痺あり。リハビリ加療継続するも改善なく、現在は自宅にて経過観察中。

各部位の障害の状態の詳細

（各部位の障害について、該当項目や有・無に〇印を付け各欄に検査数値や所見等を記入してください。）

①神経系統の機能又は精神の障害

ア 高次脳機能障害の有無	有・(無)	イ 身体性機能障害の有無（麻痺等）	(有)・無
ウ 非器質性の精神障害の有無	有・(無)	エ その他、疼痛などの神経障害	(有)・無

【神経系統の機能又は精神の障害の注意事項】
※上記のいずれかの障害について記載した場合は、その障害の状態の詳細について⑪の「障害の状態及びXP等の所見」欄に記入してください。
※上記ア、イが有の場合はMRI等の検査所見を記入するか、または各種検査所見を添付してください。
※上記エが受傷部位に生じた疼痛の場合、ｉ常時疼痛を残す状態か、ⅱｉに加え、時には強度の疼痛のため、通常の労務にも支障が生ずる状態かも併せて⑪の「障害の状態及びXP等の所見」欄に記入してください。

②胸腹部臓器の障害

ア 呼吸器の障害	有・無	イ 循環器の障害の有無	有・無
ウ 腹部臓器の障害	有・無	エ 泌尿器の障害の有無	有・無
オ 生殖器の障害	有・無		

【胸腹部臓器の障害の注意事項】
※上記のいずれかの障害について記載した場合は、その障害の状態の詳細について⑪の「障害の状態及びXP等の所見」欄に記入してください。併せて各種検査所見を記入するか、または各種検査結果を添付してください。

③眼の障害

	ア 視力障害		イ 調節機能障害	ウ 運動障害	エ 眼瞼の障害（以下のa～cに該当するものがあれば〇を記入してください）	オ 外傷性散瞳	
	裸眼	矯正	調節力	注視野障害	a 欠損障害 b まつげはげ c 運動障害（開瞼・閉瞼障害）	瞳孔の対光反射が著しく障害され、著明な羞明を訴えるもの	瞳孔の対光反射が不十分であり、羞明を訴えるもの
右			（　）D	有・無	有・無	有・無	有・無
左			（　）D	有・無	有・無	有・無	有・無

カ 複視			キ 視野障害		
正面視	正面視以外		半盲	視野狭窄	視野変状（暗点、視野欠損）
有・無	有・無		有・無	有・無	有・無

【眼の障害の注意事項】
※上記いずれかの障害を記載した場合は、その障害の状態の詳細について⑪の「障害の状態及びXP等の所見」欄に記入してください。
※視力（万国式試視力表）、ヘスクリーンテスト（Hess赤緑試験）、ゴールドマン型視野計などの検査所見を⑪の「障害の状態及びXP等の所見」欄に記入するか、または各種検査結果を添付してください。また、参考検査として自動視野計などの他の検査所見についても可能な範囲で⑪の「障害の状態及びXP等の所見」欄に記入するか、または各種検査結果を添付してください。
※併せて眼症状の原因となる前眼部、中間透光体、眼底などの他覚的所見を⑪の「障害の状態及びXP等の所見」欄に記入してください。
※「エ 眼瞼の障害」が有の場合は、⑪の「障害の状態及びXP等の所見」欄に図示するか、その状態が分かる資料等を添付してください。

【お願い】
この診断書は、労働者災害補償保険の障害（補償）等給付の決定を行うために作成をお願いするものです。記入漏れや疑義が生じた場合は、作成された医師に照会させていただくことがありますので、ご承知おき下さい。

「各部位の障害の状態の詳細」について、残存障害のある各部位の障害の項目番号、当該部位の記載欄に掲げる障害の有無について〇を記入して下さい。

各部位の障害に該当ありの場合、各部位に記載されている【注意事項】をご確認の上、その障害の詳細について、⑪の「障害の状態及びXP等の所見」欄に記載してください。併せて、MRI等の検査所見についても⑪欄に記載するか、各種検査結果を添付してください

残存障害がない部位については、斜線を引いてください。

説明資料 4
7ページ

診断書記載例（④欄、耳の障害の場合）

④ 耳の障害

検査日		ア 平均純音聴力レベル（6分式）		イ 最高明瞭度（語音）		ウ 耳介の欠損			エ 耳鳴			
							a 耳介の1／2以上の欠損	b その他	a 耳鳴に係る検査により著しい耳鳴が常時ある		b その他	
第1回	○年	右	50 dB	50 %								
	○月○日	左	60 dB	70 %	右	有・(無)	有・(無)		右	有・(無)	右	有・(無)
第2回	○年	右	46 dB	45 %	左	有・(無)	有・(無)		左	有・(無)	左	有・(無)
	○月○日	左	57 dB	60 %	オ 耳漏の有無							
第3回	○年	右	44 dB	40 %	右	有・(無)	有・(無)					
	○月○日	左	59 dB	65 %	左	有・(無)	有・(無)					

【耳の障害の注意事項】
※上記いずれかの障害を記載した場合は、その障害の状態の詳細について⑪の「障害の状態及びXP等の所見」欄に記入してください。併せて、純音聴力レベル、ピッチ・マッチ検査及びラウドネス・バランス検査などの検査所見を記入するか、または各種検査結果を添付してください。
※「ウ 耳介の欠損」が有の場合は、⑪の「障害の状態及びXP等の所見」欄に図示するか、その状態が分かる資料等を添付してください。
※「オ 耳漏の有無」について、常時耳漏が生じている場合にその有無を記載欄に記入してください。

⑤ 鼻の障害

ア 鼻軟骨部の欠損		イ 鼻の機能障害		
全部又は大部分	一部欠損	鼻呼吸困難	嗅覚脱失	嗅覚減退
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無

【鼻の障害の注意事項】
※上記いずれかの障害を記載した場合は、その障害の状態の詳細について⑪の「障害の状態及びXP等の所見」欄に記入してください。併せて、T&Tオルファクトメータ等の検査所見を記入するか、または各種検査結果を添付してください。
※「ア 鼻軟骨部の欠損」が有の場合は、⑪の「障害の状態及びXP等の所見」欄に図示するか、その状態が分かる資料等を添付してください。

⑥ 口の障害

ア そしゃく機能の障害 ※該当する項目に○を記入してください		イ 言語機能の障害 ※該当する項目に○を記入してください	
流動食以外は摂取できない		4種の語音のうち、3種以上発音が不能	
粥食又はこれに準ずる程度の飲食物以外摂取できない		4種の語音のうち、2種の発音が不能	
固形食物の中でもそしゃくできない又はそしゃくが十分でないものがある		4種の語音のうち、1種の発音が不能	

ウ 歯牙障害

歯科補てつを加えた歯数を記入してください。
ただし、「歯科補てつを加えた」ものとは、現実に喪失又は著しく欠損した歯牙に対する補てつをいい、有床義歯又は架橋義歯等を補綴した場合における支台冠又は鈎の装着歯やポスト・インレーを行う に留まった歯牙は補てつ歯数に算入しません。

7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7
7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7

該当歯 計 歯

※今回の事故により歯科補てつを加えた歯のみを記入してください

エ 味覚障害		オ その他の障害	
味覚脱失	味覚減退	声帯麻痺による著しいかすれ声	開口障害等によるそしゃく機能の低下
有・無	有・無	有・無	有・無

今回の事故等の前に喪失又は「歯科補てつ」を加えた歯の有無	有・無 (有の場合は下の欄に記入してください)

【口の障害の注意事項】
※上記いずれかの障害を記載した場合は、その障害の状態の詳細について⑪の「障害の状態及びXP等の所見」欄に記入してください。併せて、濾紙ディスク法による味質などの検査所見を記入するか、または各種検査結果を添付してください。
※「ウ 歯牙障害」について、今回の事故等の前に、既に喪失又は著しく欠損した歯牙に対する補てつを行った歯が有の場合は、以下の表に記入してください。

今回の事故等の前に喪失や「歯科補てつ」を加えた歯がある場合

7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7
7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7

該当歯 計 歯

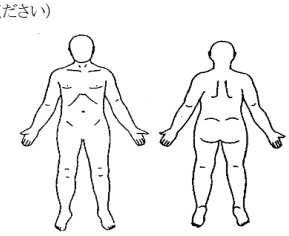
⑦ 醜状障害

ア 外貌			イ 上肢・下肢・その他		
頭部	顔面部	頸部	上肢	下肢	その他の部位
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無

（醜状の大きさ、形態等を以下に図示するか、その状態が分かる資料等を添付してください）



（醜状の大きさ、形態等を以下に図示するか、その状態が分かる資料等を添付してください）



【醜状障害の注意事項】
※上記いずれかの障害を記載した場合は、その障害の状態の詳細について⑪の「障害の状態及びXP等の所見」欄に記入してください。

「各部位の障害の状態の詳細」について、残存障害のある各部位の障害の項目番号、当該部位の記載欄に掲げる障害の有無について○を記入して下さい。

各部位の障害に該当ありの場合、各部位に記載されている【注意事項】をご確認の上、その障害の詳細について、⑪の「障害の状態及びXP等の所見」欄に記載してください。併せて、各種検査所見についても⑪欄に記載するか、各種検査結果を添付してください

耳介の欠損が有り場合は、⑪の「障害の状態及びXP等の所見」欄に図示するか、その状態が分かる資料等を添付して下さい記載してください

残存障害がない部位については、斜線を引いてください。

診断書記載例（⑨欄、上肢の障害の場合）

⑧ 体幹骨（せき柱及びその他の）

ア　せき柱の変形障害

圧迫骨折の有無	固定術の有無	椎弓切除術の有無
有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無

イ　頸椎部、胸腰椎部の運動障害

（障害のある運動に○を付け、下記「⑩上下肢等関節角度測定表」にその可動域角度を記入してください。）

前　屈		後　屈	
右回旋		左回旋	
右側屈		左側屈	

ウ　その他体幹骨の変形の有無

（裸体になって変形が明らかにわかる程度のものがある場合に、下記①～⑤に○を記入してください。）

①鎖骨　②胸骨　③肋骨　④肩甲骨　⑤骨盤骨

エ　せき柱の荷重機能障害

（該当する障害がある場合は、下記①、②いずれかに○を記入してください。）

①頸部及び腰部の両方の保持に困難があり、常に硬性補装具を必要とするもの	②頸部又は腰部のいずれかの保持に困難があり、常に硬性補装具を必要とするもの

【せき柱及びその他の体幹骨の障害の注意事項】
※上記いずれかの障害を記載した場合は、その障害の状態の詳細について⑪の「障害の状態及びXP等の所見」欄に記入してください。併せて、各種検査所見を記載するか、または検査結果を添付してください。

⑨ 上肢（手指含む）及び下肢（足指含む）の障害

ア　欠障損害（離断部位を下図に図示してください。）

上　肢

（右）



（左）



手　指

（右）



右示指基節骨底部より遠位欠損

（左）



下　肢

（右）

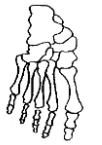


（左）



足　指

（右）



（左）



イ　短縮障害

右下肢長	cm	（部位と原因）
左下肢長	cm	

ウ　変形障害

偽関節（仮関節）の有無及び部位（ゆ合不良）	有 ・ 無	（部位）
変形ゆ合の有無及び部位	有 ・ 無	（部位）

※常に硬性補装具が必要等、上記障害の詳細を⑪の「障害の状態及びXP等の所見」欄に記入してください。

エ　関節の機能障害の有無

有 ・ 無

【上肢及び下肢の障害の注意事項】
※左記に関節の機能障害の有無に○をしてください。有の場合は⑩の「上下肢等関節角度測定表」に測定結果を記入してください。
※上記いずれかの障害を記載した場合は、その障害の状態の詳細について⑪の「障害の状態及びXP等の所見」欄に記入してください。併せて、各種検査所見を記入するか、または検査結果を添付してください。

⑩ 上下肢等関節角度測定表

部位＼運動方向	屈曲（前屈）	伸展（後屈）	回旋 右	回旋 左	側屈 右	側屈 左
頸部						
胸腰部						

部位＼運動方向	肩関節 右	肩関節 左
屈曲（前方挙上）		
伸展（後方挙上）		
外転（側方挙上）		
内転		
外旋		
内旋		

部位＼運動方向	ひじ関節 右	ひじ関節 左	手関節 右	手関節 左
屈曲（掌屈）				
伸展（背屈）				
橈屈				
尺屈				

部位＼運動方向	前腕 右	前腕 左
回内		
回外		

（手指）

部位＼関節名		中手指節関節（MP） 右	中手指節関節（MP） 左	指節間関節（IP） 右	指節間関節（IP） 左
母指	屈曲	40	60	45	80
	伸展	5	10	5	10

部位＼関節名		中手指節関節（MCP） 右	中手指節関節（MCP） 左	近位指節間関節（PIP） 右	近位指節間関節（PIP） 左	遠位指節間関節（DIP） 右	遠位指節間関節（DIP） 左
示指	屈曲	30	90		100		80
	伸展	10	45		0		0
中指	屈曲	60	90	50	100	40	80
	伸展	30	45	0	0	0	0
環指	屈曲	90	90	100	100	80	80
	伸展	45	45	0	0	0	0
小指	屈曲	90	90	100	100	80	80
	伸展	45	45	0	0	0	0

部位＼関節名		右	左
橈側外転		40	60
掌側外転		50	90

説明資料 4
9ページ

「各部位の障害の状態の詳細」について、残存障害のある各部位の障害の項目番号、当該部位の記載欄に掲げる障害の有無について○を記入して下さい。

切断、離断部位がある場合は、その部位が分かるよう記載して下さい。

各部位の障害に該当ありの場合、各部位に記載されている【注意事項】をご確認の上、その障害の詳細について、⑪の「障害の状態及びXP等の所見」欄に記載してください。併せて、各種検査所見についても⑪欄に記載するか、各種検査結果を添付してください

関節の機能障害の有無について○を記載するとともに、有りの場合は、必ず⑩欄の「上下肢等関節角度測定表」に測定結果を記載してください。

測定表のうち、障害のある必要部分のみ記載してください。また、患側だけでなく、健側も記載してください。

原則、他動運動により測定してください。自動運動で測定した場合は、その理由を⑩欄の測定表の下の記載欄に記入して下さい。

診断書記載例

⑩ 上 下 肢 等 関 節 角 度 測 定 表

部位 / 運動方向	股関節 右	股関節 左	部位 / 運動方向	ひざ関節 右	ひざ関節 左	足関節 右	足関節 左
屈　曲			屈　曲(底屈)				
伸　展			伸　展(背屈)				
外　転							
内　転							
外　旋							
内　旋							

（足指）

部位 / 関節名		中足指節関節 (MTP) 右	中足指節関節 (MTP) 左	指節間関節 (IP) 右	指節間関節 (IP) 左
第1足指	屈　曲				
	伸　展				

部位 / 関節名		中足指節関節 (MTP) 右	中足指節関節 (MTP) 左	近位指節間関節 (PIP) 右	近位指節間関節 (PIP) 左	遠位指節間関節 (DIP) 右	遠位指節間関節 (DIP) 左
第2足指	屈　曲						
	伸　展						
第3足指	屈　曲						
	伸　展						
第4足指	屈　曲						
	伸　展						
第5足指	屈　曲						
	伸　展						

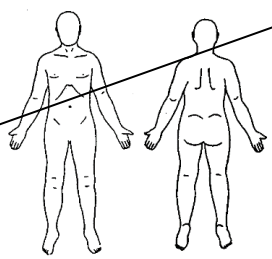
※本測定表のうち、必要部分のみ記入してください。また、患側のみならず健側も測定してください。
※原則、他動運動により測定してください。自動運動で測定した場合には、その理由を以下に記入してください。

（自動運動で測定した理由）

⑪ 障害の状態及びXP等の所見

（上記①～⑨で該当ありの場合、当該障害の詳細、検査所見等について記入するか、または各種検査結果等を添付してください。）

（図で示すことができるものは図解してください。）



労災保険制度のアフターケアの必要性	有 / 無	①	※有無のいずれかに○をしてください。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。複数の障害がある場合は、アフターケアの必要性が認められる上記①～⑨の障害の番号を全て記入してください。

上記のとおり診断します。

令和○ 年 3 月 9 日

〒 ○○○ － ○○○○　電話(03)1234－○○○○

所　在　地　東京都千代田区霞が関○-○-○

名　　称　霞ヶ関総合病院

診断担当者氏名等　（診療科）整形外科　（氏名）基準　花子

上記①～⑨の障害について記載した場合は、その障害の詳細について、具体的に記載するとともに、障害が生じている部位を身体図に明示してください。
併せて、各種検査所見についてもこの欄に記載するか、各種検査結果を添付してください

疼痛等の神経症状を残す場合は、その程度についても記載してください。

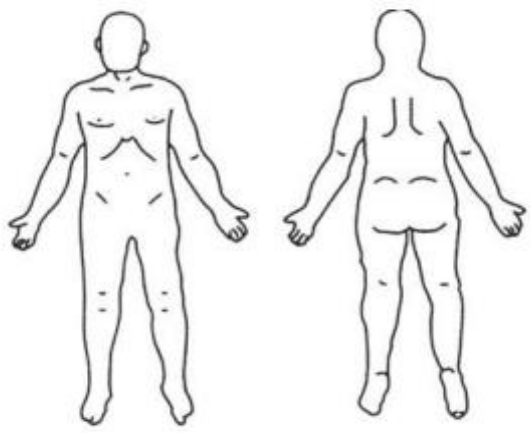
アフターケアの必要性についてその有無を○で記載してください。また、上記①～⑨のどの障害かも併せて記載してください。

アフターケア制度については、対象となる傷病、措置内容が限定されています。詳細は以下のリンクをご確認ください。
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000065527_00004.html

【 旧 様 式 】

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		治ゆ(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ＸＰ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 無	(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。)	
関節の機能障害の有無	有 無	(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。)	

〒　　－　　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	
		左	右	左	右
母 指 [第1足指]	屈　曲				
	伸　展				

部位		左	右
母指	橈側外転		
	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						

運動方向 / 部位	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								
尺　屈								

運動方向 / 部位	前腕	
	左	右
回　内		
回　外		

運動方向 / 部位	肩関節		股関節	
	左	右	左	右
屈　曲(前方挙上)				
伸　展(後方挙上)				
外　転(側方挙上)				
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（　　）

決裁	課　長	係　長	係

帳票種別 34561

労災指定病院等登録（変更）報告書

①指定番号：新規登録の場合は無記入
※新規登録の場合は職員が記入します。

②指定コード
1…労災指定医療機関のみ
3…二次健診等給付医療機関のみ
5…労災指定医療機関及び二次健診等給付医療機関

③変更コード
無記入…新規に登録するとき
1　…追加（労災指定医療機関又は二次健診等給付医療機関として登録済）
3　…登録している内容を変更するとき
5　…登録を取消すとき
7　…指定取消年月日を取消すとき

名称

④医療機関名（カタカナ）：法人の種類と名称の間は１字あけて記入してください。また、左詰めで右端の枠まで続けて記入してください。

㉛局コード ※

⑤（ツヅキ）

⑥形態別

⑦医療機関名（漢字）：法人の種類と名称の間は１字あけて記入してください。また、左詰めで右端の枠まで続けて記入してください。

⑧（つづき）

名称・所在地・代表者・診療科・振込先口座などの変更があった場合は提出をお願い致します。
なお、複写式の様式のため、電子データでの配布は行えませんので、紙媒体を郵送交付いたします。必要の場合はご連絡を頂けたら郵送致します。

⑨代表者の氏名（カタカナ）：姓と名の間は１字あ

⑩代表者の氏名（漢字）：姓と名の間は１字あけて記入してください。

郵便番号及び所在地

⑪郵便番号　－

電話番号

⑰電話番号：左詰めで記入してください。また、市外局番、市内局番及び番号の間に（－）（ハイフン）を記入してください。

⑫所在地（カタカナ）：市郡区から記入してください。また、左詰めで右端の枠まで続けて記入してください。

⑬（ツヅキ）

⑭（ツヅキ）

⑮所在地（漢字）：左詰めで右端の枠まで続けて記入してください。

⑯（つづき）

指定関係

⑱一括コード（労災指定医療機関）
一括…1
取消…3

⑲一括番号（労災指定医療機関） ※

⑳指定年月日（労災指定医療機関） ※
元号　年　月　日
1～9年は右へ　1～9月は右へ　1～9日は右へ

㉑指定取消年月日（労災指定医療機関） ※
元号　年　月　日
1～9年は右へ　1～9月は右へ　1～9日は右へ

㉒一括コード２（二次健診等給付医療機関）
一括…1
取消…3

㉓一括番号２（二次健診等給付医療機関） ※

㉔指定年月日２（二次健診等給付医療機関） ※
元号　年　月　日
1～9年は右へ　1～9月は右へ　1～9日は右へ

㉕指定取消年月日２（二次健診等給付医療機関） ※
元号　年　月　日
1～9年は右へ　1～9月は右へ　1～9日は右へ

口座関係１（労災診療費）

振込金融機関名　銀行 金庫 組合

振込店舗名　本社 支店 代理店 出張所

㉖金融機関コード ※
金融機関コード　店舗コード

㉗預金種別
普通…1
当座…3
通知…5
別段…7

㉘預金の口座番号（左詰め）

㉙口座名義人（カタカナ）：法人の種類と名称の間は１字あけて記入してください。また、左詰めで右端の枠まで続けて記入してください。

㉚（ツヅキ）

注）裏面の提出年月日、指定病院等の名称及び代表者の氏名を必ず記

説明資料 4
１２ページ

提出の際折り曲げる場合には中央で切り離し（▶）の所を谷に２つ折りにしてください。

※印の欄は記入しないでください。（職員が記入します。）◎裏面の注意事項をよく読んだ上で、記入してください。

提出年月日　　年　　月　　日

指定病院等の名称

代表者の氏名

説明資料４
１３ページ

■ 診機様式第２１号

提出用 2／2 ■

決裁	課　長	係　長	係

帳票種別 3 4 5 6 2

労災指定病院等登録(変更)報告書

①指定番号：新規登録の場合は無記入
※新規登録の場合は職員が記入します。

②指定コード
1 …労災指定医療機関のみ
3 …二次健診等給付医療機関のみ
5 …労災指定医療機関及び二次健診等給付医療機関

③変更コード
無記入…新規に登録するとき
1 …追加(労災指定医療機関又は二次健診等給付医療機関として登録済)
3 …登録している内容を変更するとき

労災指定医療機関基本情報

※診療科目については該当する全ての科目に「1」を記入してください。

④	内科	⑤	心療内科	⑥	精神科	⑦	神経科	⑧	神経内科	⑨	呼吸器科	⑩	消化器科
⑪	胃腸科	⑫	循環器科	⑬	アレルギー科	⑭	リュウマチ科	⑮	外科	⑯	整形外科	⑰	形成外科
⑱	脳神経外科	⑲	呼吸器外科	⑳	心臓血管外科	㉑	皮膚泌尿器科	㉒	皮膚科	㉓	泌尿器科	㉔	肛門科
㉕	眼科	㉖	気管食道科	㉗	耳鼻咽喉科	㉘	リハビリテーション科			㉙	歯科	㉚	放射線科
㉛	矯正歯科	㉜	歯科口腔科	㉝	麻酔科	㉞	小児科	㉟	小児外科	㊱	性病科	㊲	美容外科
㊳	産婦人科	㊴	産科	㊵	婦人科	㊶	小児歯科	㊷	理学診療科	㊸	全科	㊹	その他

※数字は右詰めで記入してください。

㊺医師数	㊻看護師数	㊼薬剤師数	㊽その他の従業員数	㊾病床数
千 百 十	千 百 十	百 十	千 百 十	千 百 十

口座関係2（二次健診等費用）

二次健診等費用の振込情報が口座関係１(労災診療費)と異なる場合又は、二次健診等給付医療機関のみの指定申請をした場合に記入してください。

振込金融機関名　銀行 金庫 組合

振込店舗名　本社 支店 代理店 出張所

㊿金融機関コード
※ 金融機関コード | 店舗コード

(51)預金種別
普通…1
当座…3
通知…5
別段…7

(52)預金の口座番号(左ヅメ)

(53)取消コード

(54)口座名義人(カタカナ)：左詰めで右端の枠まで続けて記入してください。

(55)(ツヅキ)

口座関係3（アフターケア委託費）

※アフターケア委託費の振込先が口座関係１（労災診療費）と異なる場合に記入してください。

振込金融機関名　銀行 金庫 組合

振込店舗名　本社 支店 代理店 出張所

(56)金融機関コード
※ 金融機関コード | 店舗コード

(57)預金種別
普通…1
当座…3
通知…5
別段…7

(58)預金の口座番号(左ヅメ)

(59)取消コード2

(60)口座名義人(カタカナ)：左詰めで右端の枠まで続けて記入してください。

(61)(ツヅキ)

注）裏面の提出年月日、指定病院等の名称及び代表者の氏名を必ず記名押印又は署名してください。

提出の際折り曲げる場合には中央で切り離し（▶）の所を谷に２つ折りにしてください。

※印の欄は記入しないでください。（職員が記入します。）◎裏面の注意事項をよく読んだ上で、記入してください。

説明資料４
１４ページ

■

提出年月日　　年　　月　　日

指定病院等の名称

代表者の氏名　　㊞（記名押印又は署名）

説明資料４
１５ページ

労災保険・入院室料加算報告書

令和　　年　　月　　日

鹿児島労働局長　殿

労災指定医療機関番号　46
所　在　地
医療機関名
代表者名

1. 入院施設なし
2. 入院室料加算なし
3. 入院室料加算あり

個室	号室	円	二人部屋	号室	円
三人部屋	号室	円	四人部屋	号室	円

4. 上記の室料加算額適用年月日
　令和　　年　　月　　日

[記入要領]　上記 1. 2. 3. のうち該当する番号を○で囲み、3. に該当する場合には、部屋番号、部屋毎の金額及び4(室料加算額適用年月日)もご記入ください。
労災請求される場合には、消費税は非課税となりますので、消費税を含まない金額をご記入ください。

鹿児島労働局労働基準部 労災補償課は、令和８年１２月７日（月）に以下のとおり移転を予定しています。

令和８年１２月７日（月）以降の各種手続、お問い合わせ等は、下記の新所在地、電話番号になりますので、お間違えのないようよろしくお願い致します。

旧所在地

〒892-0842
鹿児島市東千石町１４番１０号
〔 天文館 NN ビル５階
【電話番号】099-223-8280 〕
〔 天文館 NN ビル８階
【電話番号】099-216-8616 〕

新所在地

〒892-8535
鹿児島市山下町１３番２１号
鹿児島合同庁舎１階
【電話番号】099-223-8280

＊現庁舎（鹿児島市東千石町 14 番 10 号天文館 NN ビル５階・８階）での業務につきましては、令和８年 12 月４日（金）まで行います。



説明資料４
１７ページ