

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の一部を改正する件

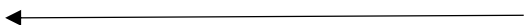
○厚生労働省告示第百九十七号

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、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（昭和三十五年労働省告示第十号）の一部を次のように改正する。

令和六年五月九日

厚生労働大臣 武見 敬三

様式第七号（五）の裏面を次のように改める。



(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	(へ) 職名
	午前 午後 時 分頃	災害発生 事実を確認 した者の 氏名
(ト) 災害の原因及び発生状況 (ア) どのような場所で(イ) どのような作業をしているときに(ウ) どのような物又は環境に(エ) どのような不安全な又は有害な状態があつて(オ) どのような災害が発生したか(カ) ⑦と初診日が異なる場合はその理由を詳細に記入すること。		

療養の内訳及び金額

傷病の経過		GAF(コード: 判定した年月日: 年 月 日)	
基本療養費	1 看護師等 円× 日 円	指示期間 (特別指示 期間)	年月日～年月日/年月日～年月日
	2 准看護師 円× 日 円		年月日～年月日/年月日～年月日
加算	3 専門の研修を受けた看護師 円× 日 円	訪問日	1 2 3 4 5 6 7
	4 理学療法士等 円× 日 円		8 9 10 11 12 13 14
加算	円 加算 円 加算	主治医への直近報告年月日	15 16 17 18 19 20 21
	円 加算 円 加算		22 23 24 25 26 27 28
精神科基本療養費	1 看護師等 円× 日 円	提供した情報の概要	29 30 31
	2 作業療法士 円× 日 円		情報提供先の名称
加算	円× 日 円	緊急訪問看護の理由	年 月 日
	円× 日 円		
管理療養費	初 日 円	専門の研修	年月日
	2 日目以降 日 円		手順書交付年月日
加算	円 加算 円 加算	基本療養費	1 緩和ケア 2 褥瘡ケア 3 人工肛門・人工膀胱ケア
	円 加算 円 加算		専門管理加算
情報提供療養費	円	4 特定行為 ()	直近見直し年月日
ターミナルケア療養費	円 加算		年 月 日
訪問看護ベースアップ評価料	(I) 円 (II) 円	年 月 日	年 月 日
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。

2. 傷病補償年金又は複数事業労働者傷病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) (へ)は、災害発生の実事を確認した者(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) (へ)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. 傷病補償年金又は複数事業労働者傷病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及び(ホ)から(ト)まで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。

5. 複数事業労働者療養給付の請求は、療養補償給付の支給決定がなされた場合、遡って請求されなかったものとみなすこと。

6. ④「その他就業先の有無」欄の記載がない場合又は複数就業していない場合は、複数事業労働者療養給付の請求はないものとして取り扱うこと。

7. 疾病に係る請求の場合、脳・心臓疾患、精神障害及びその他二以上の事業の業務を要因とすることが明らかな疾病以外は、療養補償給付のみで請求されること。

④その他就業先の有無	
有	有の場合のその数 (ただし表面の事業場を含まない)
無	社
有の場合 でいずれ かの事業 で特別加 入してい る場合の 特別加入 状況 (ただし 表面の事 業を含ま ない)	労働保険事務組合又は 特別加入団体の名称
	加入年月日 年 月 日
労働保険番号(特別加入)	

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() —	
	年 月 日	事業場の所在地	〒 —
	事業主の氏名 (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)		

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
			() —

様式第十六号の五（五）の裏面を次のように改める。



(二) 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 (あ) どのような場所を (い) どのような方法で移動している際に (う) どのような物で又はどのような状況において (え) どのようにして災害が発生したか。(お) ⑦と初診日が異なる場合はその理由を簡明に記載すること。			
(リ) 負傷又は発病の年月日及び時刻	年 月 日 午 前後 時 分頃	(チ) 災害時の通勤の種別に関する移動の通常の経路・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、時間その他の状況	
(ヌ) 災害発生の場所		(通常移動の所要時間 時間 分)	
(ル) 就業の場所 (災害時の通勤の種別がイ、ハ又はニに該当する場合は移動の終点たる就業の場所)			
(ヲ) 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 分頃		
(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 分頃		
(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 分頃		
(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ホに該当する場合は記載すること)	年 月 日 午 前後 時 分頃		
(ク) 第三者行為災害	該当する・該当しない		
(ケ) 健康保険日雇特例被保険者手帳の記号及び番号			
(ク) 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

療養の内訳及び金額

傷病の経過		GAF(コード: 判定した年月日: 年 月 日)	
基本療養費	1 看護師等 円× 日 円	指示期間 (特別指示期間)	年月日～年月日/年月日～年月日
	2 准看護師 円× 日 円		年月日～年月日/年月日～年月日
精神科基本療養費	3 専門の研修を受けた看護師 円× 日 円	訪問日	1 2 3 4 5 6 7
	4 理学療法士等 円× 日 円		8 9 10 11 12 13 14
管理療養費	初 日 円	主治医への直近報告年月日	15 16 17 18 19 20 21
	2 日目以降 日 円		22 23 24 25 26 27 28
情報提供療養費	円	提供した情報の概要	29 30 31
ターミナルケア療養費	円 加算	緊急訪問看護の理由	年 月 日
訪問看護ベースアップ評価料	(I) 円 (II) 円	基本療養費	1 緩和ケア 2 褥瘡ケア 3 人工肛門・人工膀胱ケア
合計	円	専門管理加算	1 緩和ケア 2 褥瘡ケア 3 人工肛門・人工膀胱ケア 4 特定行為 ()
		手順書交付年月日	年 月 日 直近見直し年月日 年 月 日

(注意)

- 共通の注意事項
 - この請求書は、訪問介護事業者から訪問介護を受けた場合に提出すること。
 - (ホ)は、労働者の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。
 - (レ)は、請求人が健康保険の日雇特例被保険者でない場合には、記載する必要がないこと。
- 傷病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
 - ④は、記載する必要がないこと。
 - 第2回以後の請求の場合には、(ヘ)から(ヨ)まで、(ソ)及び(ツ)については記載する必要がなく、また事業主の証明は受ける必要がないこと。
- 傷病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
 - ③、⑥、⑦並びに(ヘ)から(タ)まで、(ソ)及び(ツ)は記載する必要がないこと。
 - 事業主の証明は受ける必要がないこと。
- 「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。

④その他就業先の有無	
有	有の場合のその数 (ただし表面の事業場を含まない)
無	社
有の場合でいずれかの事業で特別加入している場合の特別加入状況 (ただし表面の事業を含まない)	労働保険事務組合又は特別加入団体の名称 加入年月日 年 月 日
労働保険番号(特別加入)	

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(チ)(通常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。 事業の名称 電話() — 年 月 日 事業場の所在地 〒 — 事業主の氏名 (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)
-----------	--

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
			() —

附 則

(適用期日)

1 この告示は、令和六年六月一日から適用する。

(経過措置)

2 この告示の適用の際現にあるこの告示による改正前の様式（次項において「旧様式」という。）により使用されている書類は、この告示による改正後の様式によるものとみなす。

3 この告示の適用の際現にある旧様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。