

介護（補償）給付

障害（補償）年金、または傷病（補償）年金の第1級の方すべてと、第2級の精神神経・胸腹部臓器の障害を有している方が、現に介護を受けている場合に、介護補償給付（業務災害の場合）、または介護給付（通勤災害の場合）が支給されます。

支給の要件

1 一定の障害の状態に該当すること

介護（補償）給付は、障害の状態に応じ、常時介護を要する状態と随時介護を要する状態に区分されます。常時介護、または随時介護を要する障害の状態は、次のとおりです。

	該当する方の具体的な障害の状態
常時介護	① 精神神経・胸腹部臓器に障害を残し、常時介護を要する状態に該当する方（障害等級第1級3・4号、傷病等級第1級1・2号） ② { ・両眼が失明するとともに、障害又は傷病等級第1級・第2級の障害を有する方 ・両上肢及び両下肢が亡失又は用廃の状態にある方 など①と同程度の介護を要する状態である方
随時介護	① 精神神経・胸腹部臓器に障害を残し、随時介護を要する状態に該当する方（障害等級第2級2号の2・2号の3、傷病等級第2級1・2号） ② 障害等級第1級又は傷病等級第1級に該当する方で、常時介護を要する状態ではない方

2 現に介護を受けていること

民間の有料の介護サービスや親族、友人・知人により、現に介護を受けていることが必要

3 病院、または診療所に入院していないこと

4 老人保健施設、障害者支援施設（生活介護を受けている場合に限る）、特別養護老人ホーム、原子爆弾被爆者特別養護ホームに入所していないこと

これらの施設に入所している場合は、施設において十分なサービスが提供されているものと考えられることから、支給対象とはなりません。

給付の内容

介護（補償）給付の支給額は、次のとおりです（平成25年4月1日現在）。

（1）常時介護の場合

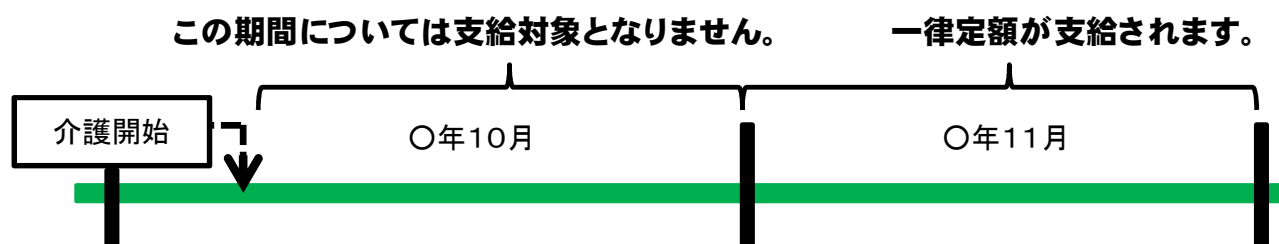
- ① 親族、または友人・知人の介護を受けていない場合には、介護の費用として支出した額（上限104,290円）
- ② 親族、または友人・知人の介護を受けているとともに、
 - ア 介護の費用を支出していない場合には、一律定額として56,600円
 - イ 介護の費用を支出しており、その額が56,600円を下回る場合には、56,600円
 - ウ 介護の費用を支出しており、その額が56,600円を上回る場合には、その額（上限104,290円）

（2）随時介護の場合

- ① 親族、または友人・知人の介護を受けていない場合には、介護の費用として支出した額（上限52,150円）
- ② 親族、または友人・知人の介護を受けているとともに、
 - ア 介護の費用を支出していない場合には、一律定額として28,300円
 - イ 介護の費用を支出しており、その額が28,300円を下回る場合には、28,300円
 - ウ 介護の費用を支出しており、その額が28,300円を上回る場合には、その額（上限52,150円）

● 月の途中から介護を開始した場合

- ① 介護費用を支払って介護を受けた場合は、上限額の範囲で介護費用が支給されます。
- ② 介護費用を支払わないで親族などから介護を受けた場合は、その月は支給されません。
（例）10月途中から親族などにより介護を受けはじめた場合



※請求書の「請求対象年月」欄には、介護を開始した月（この例では10月分）についても記入してください。

請求の手続

介護(補償)給付を請求するときは、所轄の労働基準監督署長に、介護補償給付・介護給付支給請求書(様式第16号の2の2)提出してください。

●提出に当たって必要な添付書類

こういうときは	該当する方の具体的な障害の状態
必ず添付するもの	医師又は歯科医師の診断書
介護の費用を支出している場合	費用を支出して介護を受けた日数及び費用の額を証明する書類

※この他にも書類を提出していただく場合があります。

傷病(補償)年金の受給者及び障害等級第1級3号・4号、または第2級2号の2・2号の3に該当する方は、診断書を添付する必要はありません。

また、継続して2回目以降の介護(補償)給付を請求するときにも、診断書は必要ありません。介護(補償)給付の請求は、1か月を単位として行いますが、3か月分をまとめて請求しても差し支えありません。

時効

介護(補償)給付は、介護を受けた月の翌月の1日から2年を経過すると、時効により請求権が消滅しますのでご注意ください。

各種請求書の記入例

1. 療養の給付請求書（様式第5号）
2. 療養の費用請求書（様式第7号）
3. 休業補償給付支給請求書（様式第8号）
4. 障害補償給付支給請求書（様式第10号）
5. 遺族補償一時金支給請求書（様式第15号）
6. 遺族補償年金支給請求書（様式第12号）
7. 葬祭料請求書（様式第16号）
8. 介護補償給付支給請求書（様式第16号の2の2）

療養の給付請求書(様式第5号)記入例

通勤災害の場合は様式第16号の3

様式第5号(表面) 労働者災害補償保険

業務災害用

療養補償給付たる療養の給付請求書

裏面に記載してある注意事項をよく読んだ上で、記入してください。

標準字体

0	5	ア	カ	サ	タ	ナ	ハ	マ	ヤ	ラ	ワ
1	6	イ	キ	シ	チ	ニ	ヒ	ミ	リ	ン	
2	7	ウ	ク	ス	ツ	ヌ	フ	ム	ユ	ル	
3	8	エ	ケ	セ	テ	ネ	ヘ	メ	レ	ハ	
9	オ	コ	ソ	ト	ノ	ホ	モ	ロ	一		

不明な場合は事業場に記入を依頼して下さい。

①管轄局署 ②業通別 ③保留

元号、年、月の順に記載して下さい。

元号：昭和は5です
平成は7です

標準字体で記入

Workers' compensation insurance number

⑦支給・不支給決定年月日

※印の欄は記入

男性は「1」、女性は「3」を記入して下さい。

⑧性別 ⑨労働者の生年月日 ⑩負傷又は発病年月日

⑪再発年月日

災害発生の実事を確認した人の職名、氏名を記載して下さい。

氏名をカタカナで1マス空けて記入して下さい。

氏名 (Age)

⑬三者 ⑭特疾 ⑮特別加入者

⑯負傷又は発病の時刻

⑰災害発生の実事を確認した者の職名、氏名

職名 氏名

Occupational Category

⑩郵便番号

⑱災害発生の原因及び状況

①どこで
②どのような状況で
③どのような作業をしているときに
④何が原因で
⑤どのような災害が発生したかを明確にして下さい。

⑳指定病院等の 名称 所在地 電話番号 郵便番号

㉑傷病の部位及び状態

㉒の者については、⑩、⑪及び㉑に記載したとおりであることを証明します。

事業の名称 事業場の所在地 事業主の氏名
労働者の所属事業場の名称・所在地
(注意) 1 労働者の所属事業場の名称・所在地については、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、工事現場等を記載してください。
2 派遣労働者について、療養補償給付のみの請求がなされる場合にあっては、派遣元事業主は、派遣元事業主が証明する事項の記載内容が事実と相違ない旨裏面に記載してください。

※事業主証明欄

Chief director labor standards

上記により療養補償給付たる療養の給付を請求します。

zip code

Telephone 月 日

労働基準監督署長 殿

郵便番号 Address

電話番号 局番

Name of hospital 病診療薬 訪問看護事業者

Claimant's

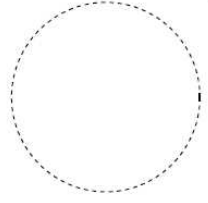
住所 Name

電話番号 (方)

請求人の

氏 Sign

印



支不支給決定	署長	次長	課長	係長	係	決定年月日	不支給の理由
	調査年月日						
	復命書番号	第 号	第 号	第 号			

自筆による署名の場合には、押印は必要ありません。

請求人ご自身が記入する部分です。

会社が記入する部分です。

※会社から証明が受けられない場合は提出先監督署にご相談下さい。

療養の費用給付請求書(様式第7号(1)(表面))記入例

請求人ご自身が記入する部分です。

医療機関が記入する
部分です。

会社が記入する
部分です。

※会社から証明が受けられない場合は
提出先監督署にご相談下さい。

療養の費用給付請求書(様式第7号(1)(裏面))記入例

様式第7号(1)(裏面)

(イ) 労働者の 所属事業場の 名称・所在地	Name and address in workplace	(ロ) 災害発生の 事実を確認 した者	職名 氏名 Name
(ハ) 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)どのような不安全又は有害 状態があつて(オ)どのような災害が発生したかを詳細に記入すること			
The cause of the accident and the outbreak situation			

災害発生の実事を確認した
人の職、氏名を
記載して下さい。

療養の内訳及び金額

療養の内訳	金額	療養の内訳	金額
初診 時間外・休日・深夜	円	初診	円
再診 外来診療料	円	再診	円
継続管理加算	円	指導	円
外来管理加算	円	その他	円
時間外	円	食事(基準)	円
休日	円	円×日間	円
深夜	円	円×日間	円
指導	円	円×日間	円
在宅 往診	円	小計	円
夜間	円	②	
緊急・深夜	円	摘要	
在宅患者訪問診療	円		
その他	円		
薬剤	円		
投薬 内服 薬剤	単位		
調剤	単位		
外用 薬剤	単位		
調剤	単位		
処方	単位		
麻毒	単位		
調基	単位		
注射 皮下筋肉内	回		
静脈内	回		
その他	回		
処置 薬剤	回		
手術	回		
麻酔	回		
検査	回		
画像	回		
診断	回		
その他	回		
入院 入院年月日	年 月 日		
病・診・衣	入院基本料・加算		
	× 日間		
	× 日間		
	× 日間		
	× 日間		
特定入院料・その他			
小計	点 ①	合計金額	円
		①+②	

- ①どこで
- ②どのような状況で
- ③どのような作業をしているときに
- ④何が原因で
- ⑤どのような災害が発生したかを明確にしてください。

二、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
 (一) 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
 (二) 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
 (三) 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
 (四) 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
 (五) 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
 (六) 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
 (七) 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
 (八) 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
 (九) 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
 (十) 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

医療機関記載欄
(医療の内容及び金額を
記載してください。)

派遣元事業主が証明する事項 (表面の⑦及び⑧、(ア)) 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
派遣先事業主証明欄	年 月 日	郵便番号
	事業場の所在地	
	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 印 加 字
----------------------------	--------------

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	

