

○厚生労働省告示第二号

雇用の分野における男女の均等な機会及び待遇の確保等に関する法律（昭和四十七年法律第百十三号）第十三条第二項及び関係法令の規定に基づき、並びに関係法令を実施するため、元号の表記の整理のための厚生労働省関係告示の一部を改正する告示を次のように定める。

令和元年五月七日

厚生労働大臣 根本 匠

元号の表記の整理のための厚生労働省関係告示の一部を改正する告示

（国立感染症研究所試験検査依頼規程等の一部改正）

第一条 次に掲げる告示の規定中「元号」を「号」に改める。

一 国立感染症研究所試験検査依頼規程（昭和三十五年厚生省告示第八十二号）別記様式

二 国立感染症研究所製品交付規程（昭和三十五年厚生省告示第八十三号）別記様式

三 妊娠中及び出産後の女性労働者が保健指導又は健康診査に基づき指導事項を守ることができるようするために事業主が講ずべき措置に関する指針（平成九年労働省告示第百五号）別記様式

四 厚生労働大臣が定める大量の雇用変動の通知の様式を定める件（平成十三年厚生労働省告示第三百七号）様式（表面）

五 介護保険法施行規則第四百十条の六十二の四第二号の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準（平成二十七年厚生労働省告示第百九十七号）様式第一

第二條 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。  
様式第五号(表面)を次のように改める。

様式第5号(表面) 労働者災害補償保険

業務災害用

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	1	2	3	4	5	6	7	8	9	〃	一
ア	イ	ウ	エ	オ	カ	キ	ク	ケ	コ	サ	シ	ス	セ	ソ
タ	チ	ツ	テ	ト	ナ	ニ	ヌ	ネ	ノ	ハ	ヒ	フ	ヘ	ホ
マ	ミ	ム	メ	モ	ヤ	ユ	ヨ	ラ	リ	ル	レ	ロ	ワ	ン

療養補償給付たる療養の給付請求書

標準字体で記入してください。

※ 帳票種別 <b>34590</b>		①管轄局署	②業通別	③保留	④処理区分	④受付年月日	
⑤労働保険番号		⑧性別		⑩労働者の生年月日		⑩負傷又は発病年月日	
⑫労働者の氏名		⑫労働者の住所		⑫労働者の職種		⑫労働者の年齢	
⑬災害の原因及び発生状況		⑬災害の原因及び発生状況 (あ)どのような場所(い)どのような作業をしているときに(う)どのような物又は環境に(え)どのような不安全又は有害な状態があつて(お)どのような災害が発生したか(か)⑩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					
⑭指定病院等の名称		⑭指定病院等の所在地		⑭傷病の部位及び状態			
⑮事業の名称		⑮事業場の所在地		⑮事業主の氏名			
⑯労働者の所属事業場の名称・所在地		⑯労働者の所属事業場の名称・所在地					
⑰請求書の提出年月日		⑰請求書の提出年月日					
⑱請求人の氏名		⑱請求人の住所					
⑲請求人の職名		⑲請求人の職名					
⑳請求人の電話番号		⑳請求人の電話番号					
㉑請求人の印		㉑請求人の印					
㉒支給決定年月日		㉒支給決定年月日					
㉓支給決定理由		㉓支給決定理由					
㉔復命書番号		㉔復命書番号					

※印の欄は記入しないでください。(職員が記入します)

折り曲げる場合には(▲)の所を谷に折りさらに2つ折りにしてください。

(この欄は記入しないでください。)

様式第7号(1)(表面) 労働者災害補償保険

業務災害用 第 回

療養補償給付たる療養の費用請求書(同一傷病片)

標準	字体	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	〃	。	ー
アイ	ウ	エ	オ	カ	キ	ク	ケ	コ	サ	シ	セ	ソ	タ	チ
ツ	テ	ト	ナ	ニ	ノ	ハ	ヒ	フ	ヘ	ホ	マ	ミ	ム	メ
モ	ヤ	ユ	ヨ	ラ	リ	ル	レ	ロ	ワ	ン				

様式第7号(一)(表面)を次のように改める。

※印の欄は記入しないでください。(職員が記入します。)  
◎裏面の注意事項を讀んでから記入してください。折り曲げる場合は(△)の所を谷に折り(△)の所に谷に折りにしてください。

帳票種別	①管轄局署	②業通別	③受付年月日	④三者コード	①委任未支給	②特別加入者	③審査コード
※34260		1業 3通		1自 3労 5他	1委任 3未支給 5委未		

③労働保険番号	府県	所掌	管轄	基幹	番号	枝番号	④管轄局	種別	西暦年	番号
⑤労働者の性別	⑥労働者の生年月日	⑦負傷又は発病年月日	⑧金融機関	店舗						
1男 2女	元号 年 月 日	元号 年 月 日	金融機関	店舗						
	1～9月は右→	1～9月は右→								

⑨労働者の氏名 ( 歳 ) 職種

住所 ⑩郵便番号

シメイ(カタカナ) : 姓と名の間は1文字あけて記入してください。濁点・半濁点は文字として記入してください。

⑪郵便局コード

新規・変更

⑫預金の種類

1普通  
3当座

⑬口座番号(左詰め。ゆうちょ銀行の場合は、記号(5桁)は左詰め、番号は右詰めで記入し、空欄は「0」を記入)

メイギン(カタカナ) : 姓と名の間は1文字あけて記入してください。濁点・半濁点は文字として記入してください。

(つづき)メイギン(カタカナ)

⑭

⑮

⑩の者については、⑦並びに裏面の(ヌ)及び(フ)に記載したとおりであることを証明します。

事業の名称 電話 ( ) -

年月日 事業場の所在地 〒 -

事業主の氏名 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)

(注意) 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は、派遣先事業主は、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。

医師又は歯科医師等の証明

療養の内容	(イ)期間	年月日	から	年月日	日まで	日間	診療実日数	日
(ロ)傷病の部位及び傷病名								
(ハ)経過の概要								
年 月 日 治療(症状固定)・継続中・転医・中止・死亡		病院又は診療所の所在地		名称		電話 ( ) -		印
(ニ)療養の内訳及び金額(内訳裏面のとおり。)							千	円

⑩の者については、(イ)から(ニ)までに記載したとおりであることを証明します。

(ホ)看護料	年月日から	年月日まで	日間	(看護師の資格の有・無)				
(ヘ)移送費	から	まで	片道・往復	キロメートル	回			
(ト)上記以外の療養費(内訳別紙請求書又は領収書)	枚のとおり。							
(チ)療養の給付を受けなかった理由	⑯療養に要した費用の額(合計)		千	万	十	百	十	円

⑰費用の種別 ⑱療養期間の初日 ⑲療養期間の末日 ⑳診療実日数 ㉑転帰事由

1 診療  
2 看護  
3 移送  
4 器具  
5 診察書

元号 年 月 日 から 元号 年 月 日まで

1～9月は右→

上記により療養補償給付たる療養の費用の支給を請求します。

〒 - 電話 ( ) -

年月日

請求人の 住所 ( 方)

氏名 印

労働基準監督署長 殿

(注意) 一、記入枠の部分は、必ず黒のボールペンを使用し、様式右上に記載された「標準字体」にならって、枠からはみださないように大きめのカタカナ及びアラビア数字で明瞭に記載してください。二、記載すべき事項のない欄又は記入枠は、空欄のままとし、事項を選択する場合、必ず○で開いてください。三、⑤及び⑩欄並びに⑥及び⑦欄の元号については、該当番号を記入し、のりづけしたりしないでください。四、○・□・◇で表示された枠(以下、記入枠という。)に記入する文字は、光沢文字・筆記体・太字・太文字・太字を避け、直線を取り行うので、汚したり、穴をあけたり、必要以上に強く折り返したり、のりづけしたりしないでください。五、裏面に記載事項を必ずご確認ください。

様式第7号(2)(表面) 労働者災害補償保険  
 業務災害用 第 回  
 療養補償給付たる療養の費用請求書 (同一傷病片)

標	準	字	体	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	〃	。 -
ア	イ	ウ	エ	オ	カ	キ	ク	ケ	コ	サ	シ	ス	セ	ソ	タ
チ	ツ	テ	ト	ナ	ニ	ヌ	ネ	ノ	ハ	ヒ	フ	ヘ	ホ	マ	ミ
ム	メ	モ	ヤ	ユ	ヨ	ラ	リ	ル	レ	ロ	ワ	ン			



様式第7号(2)(表面)を次のように改める。

※印の欄は記入しないでください。(職員が記入します。)  
 ◎裏面の注意事項を読んでから記入してください。折り曲げる場合には(▲)の所を谷に折り(▲)の2つ折りにしてください。

帳票種別	①管轄局署	②業通別	③受付年月日	④三者コード	⑤委任未支給	⑥特別加入者	⑦審査コード
※ 34261		1業 3通			1自 3勞 5他	1委任 3未支給 5委未	

(注意) 一、二、三、記入枠の部分は、必ず黒のボールペンを使用し、様式右上に記載された「標準字体」にならう。枠からはみださないように大きめのカタカナ及びアラビア数字で明瞭に記載してください。  
 二、記載すべき事項のない欄又は記入枠は、空欄のままとし、事項を選択する場合は○で閉んでください。(ただし⑤及び⑩欄並びに⑥及び⑦欄の凡字については該当番号を記入枠に記入してください。)  
 三、□□□□で表示された枠(以下、記入枠という。)に記入する文字は、光學式文字読取装置(OCR)で直接読取りを行うので、汚したり、穴をあけたり、必要以上に強く折り曲げたり、のりづけたりしないでください。

③ 労働保険番号

④ 管轄局 | 種別 | 西暦年 | 番号

⑤ 労働者の性別 (1男 2女) | ⑥ 労働者の生年月日 | ⑦ 負傷又は発病年月日

⑧ 労働者の氏名 (カタカナ) | ⑨ 郵便番号

⑩ 金融機関 | 店舗 | ⑪ 金融機関コード | ⑫ 郵便局コード

⑩ 労働者の氏名 (カタカナ) | ⑪ 郵便番号

⑫ 金融機関 | 店舗 | ⑬ 金融機関コード | ⑭ 郵便局コード

⑮ 労働者の住所

⑯ 預金の種類 (1普通 2当座) | ⑰ 口座番号 (左詰り)

⑱ 振替の金融機関 | ⑲ 振替の口座名義人

⑳ 振替の口座名義人

⑳ 事業の名称 | 電話 ( ) -

㉑ 事業場の所在地 | 〒 -

㉒ 事業主の氏名 | 印

(注意) 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は、派遣先事業主は、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。

(イ) 傷病名 | ⑳ 傷病名

㉓ 所在地 | 〒 -

㉔ 病院又は診療所の名称 | 電話 ( ) -

㉕ 診療担当者氏名 | 印

㉖ 薬剤師の証明 | ㉗ 薬剤師の所在地 | 〒 -

㉘ 薬剤師の氏名 | 電話 ( ) -

㉙ 調剤担当者氏名 | 印

(ロ) 療養の内容 期間 年 月 日から 年 月 日まで 日間 調剤実日数 日

(ハ) 療養の給付を受けなかった理由 | ㉚ 療養に要した費用の額 (内訳裏面のとおりに) 千万 百万 十万 万 千 百 十 円

㉛ 療養期間の初日 | ㉜ 療養期間の末日 | ㉝ 調剤数量

上記により療養補償給付たる療養の費用の支給を請求します。

請求人の氏名 | 住所 | 電話 ( ) -

労働基準監督署長 殿



様式第 7 号 (3) (表面) 労働者災害補償保険  
 業務災害用 第 回  
 療養補償給付たる療養の費用請求書 (同一傷病片)

標 準 字 体	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	〃	。	ー										
	ア	イ	ウ	エ	オ	カ	キ	ク	ケ	コ	サ	シ	ス	セ	ソ	タ	チ	ツ	テ	ト	ナ	ニ	ノ
	ネ	ハ	ヒ	フ	ヘ	ホ	マ	ミ	ム	メ	モ	ヤ	ユ	ヨ	ラ	リ	ル	レ	ロ	ワ	ン		



様式第七号 (三) を次のように改める。

※印の欄は記入しないでください。  
 (職員が記入します。)  
 ◎裏面の注意事項を読んでから記入してください。折り曲げる場合には(▲)の所を谷に折りさう(1)の折りにしてください。

帳票種別	①管轄局署	②業通別	③受付年月日	④三者コード	⑤委任未支給	⑥特別加入者	⑦審査コード
※ 34262		1業 3通			1自 3勞 5他	1委任 3未支給 7未整	

③ 労働保険番号	府 県   所 掌   管 轄   基 幹 番 号   枝 番 号	④ 管轄局   種別   西暦年   番 号

⑤ 労働者の性別	⑥ 労働者の生年月日	⑦ 負傷又は発病年月日	※⑭ 金融機関   店 舗
1男 3女			※⑮ 郵便局 コード

シメイ (カタカナ) : 姓と名の間は1文字あけて記入してください。濁点・半濁点は1文字として記入してください。

⑨ 労働者の氏名 ( ) 歳 職 種

住 所 ⑯ 郵便番号

新規・変更	⑰ 預金の種類	⑱ 口座番号 (左詰。ゆうちょ銀行の場合は、記号(5桁)は左詰、番号は右詰で記入し、空欄は「0」を記入)
振込の金額 希望機種	1普通 3当座	
口座名義人	メイギン (カタカナ) : 姓と名の間は1文字あけて記入してください。濁点・半濁点は1文字として記入してください。	⑲ (つづき)メイギン (カタカナ)

⑨の者については、⑦並びに裏面の(ホ)及び(ト)に記載したとおりであることを証明します。

事業の名称 電話( ) -

年月日 事業場の所在地 〒 -

事業主の氏名 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)

(注意) 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ついては、派遣先事業主は、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。

柔道整復師の証明

⑨の者については、(イ)から(ハ)まで及び⑳に記載したとおりであることを証明します。 〒 -

年月日 施術所の名称 電話( ) -

住 所

氏 名 印

療養の内容	(イ)期間	年月日から 年月日まで	日間 施術実日数 日
(ロ) 傷病の部位及び傷病名			
(ハ) 傷病の経過の概要	年 月 日 治癒(症状固定)・継続中・転医・中止		

⑳ 指定・指名番号	㉑ 療養に要した費用の額 (内訳裏面のとおり。)
府 県   種 別   一 連 番 号	千 万 百 万 十 万 万 千 百 十 月

※ ㉒ 療養期間の初日 ㉓ 療養期間の末日 ㉔ 施術実日数 ㉕ 転帰事由

元号 年 月 日 から 元号 年 月 日 まで 日

1 治療 (医師等)  
3 継続  
5 転医  
7 中止

上記により療養補償給付たる療養の費用の支給を請求します。

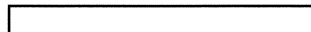
年 月 日

〒 - 電話( ) -

住 所 ( ) 方

氏 名 印

労働基準監督署長 殿



(注意) 一、二、三、記入枠の部分は、必ず黒のボールペンを使用し、様式右上に記載された「標準字体」にならう。枠からはみださないように大きめのカタカナ及びアラビア数字で明瞭に記載してください。  
 一、二、三、記入すべき事項のない欄は、必ず黒のボールペンで「( )」と記入してください。また、( )は、必ず黒のボールペンで「( )」と記入してください。  
 一、二、三、記入すべき事項のない欄は、必ず黒のボールペンで「( )」と記入してください。また、( )は、必ず黒のボールペンで「( )」と記入してください。  
 一、二、三、記入すべき事項のない欄は、必ず黒のボールペンで「( )」と記入してください。また、( )は、必ず黒のボールペンで「( )」と記入してください。

様式第 7 号(3) (裏面)

(一) 労働者の (二) 所属事業場の 名称・所在地	(ホ) 負傷又は発病の時刻	(ハ) 職名
	午 前 後 時 分 頃	災害発生の 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	初 検 料	初検年月日 平成 年 月 日 時頃	時間外・深夜・休日加算	円														
	再 検 料	回	円	指 導 管 理 料	回	円												
	運 動 療 法 料	回	円	施 術 情 報 提 供 料		円												
	休 業 ( 補 償 ) 給 付 証 明 料	回	円	証 明 期 間														
	往 診 料	距離(片道) km	回 1 回	円	夜 間 ・ 難 路 ・ 暴 風 雨 雪 加 算		円											
	整 復 固 定 料 初 回 処 置	傷 病 名 及 び 部 位		金 額	特 別 材 料 料													
		イ		円		円												
		ロ																
		ハ																
	後 療 料	イ		回	円	包 帯 交 換 料	回	円										
		ロ																
		ハ																
		ニ																
電 療 料	イ	回	ロ	回	ハ	回	ニ	回										
電 法 料	冷電法	イ	回	ロ	回	ハ	回	ニ	回									
		イ	回	ロ	回	ハ	回	ニ	回									
そ の 他																		
合 計																		

- (注 意)
- 共通の注意事項
    - この請求書は、柔道整復師から施術を受けた場合に提出すること。
    - 事項を選択する場合には、該当する事項を○で囲むこと。
    - (二)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。
  - 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の場合の注意事項
    - ①は、記載する必要がないこと。
    - (ハ)は、災害発生の事実を確認した者(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。
    - (イ)及び(ト)は、第 2 回以後の場合には記載する必要がないこと。
    - 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。
  - 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の注意事項
    - ③、⑥、⑦及び(ホ)から(ト)まで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。
  - 「事業主の氏名」の欄、「施術所の名称」の欄及び「請求人の氏名」の欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができること。

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		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)			

委任状	
私は、柔道整復師 _____ を代理人と定め、私が請求する表記療養の費用につき労災保険から給付される金額の受領を委任します。	
年 月 日	委任者の住所 印
氏名	(記名押印又は署名)

表面の記入枠を訂正したときの訂正印欄	削 字 印	加 字 印	社会保険労働士記載欄	作成年月日・提出(行)者・事務代理者の表示	氏 名	電話番号
					印	( ) -

様式第 7 号 (4) (表面) 労働者災害補償保険

業務災害用

第 回

療養補償給付たる療養の費用請求書 (同一傷病分)

標	準	字	体	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	〃	。	—
ア	イ	ウ	エ	オ	カ	キ	ク	ケ	コ	サ	シ	ス	セ	ソ	タ	チ
ツ	テ	ト	ナ	ニ	ヌ	ネ	ノ	ハ	ヒ	フ	ヘ	ホ	マ	ミ	ム	
メ	モ	ヤ	ユ	ヨ	ラ	リ	ル	レ	ロ	ワ	ン					

はりきゆう

様式第 7 号 (四) (表面) を次のように改める。

※印の欄は記入しないでください。(職員が記入します。)  
◎裏面の注意事項を読んでから記入してください。折り曲げる場合には(▲)の所を谷に折りさう(1)と(2)の折りにしてください。

※ 帳票種別	① 管轄局署	② 業通別	③ 受付年月日	④ 三者コード	⑤ 委任未支給	⑥ 特別加入者	⑦ 審査コード
34263		1業 3通			1自 3勞 5他	1委任 3未支給 7はり師	

③ 労働保険番号	④ 管轄局 種別	西暦年	番号

⑤ 労働者の性別	⑥ 労働者の生年月日	⑦ 負傷又は発病年月日	⑧ 金融機関 店舗
1男 3女			⑨ 金融機関コード

⑨ 労働者の氏名 (カタカナ) : 姓と名の間は1文字あけて記入してください。濁点・半濁点は1文字として記入してください。

住所 ⑩ 郵便番号

氏名 ( 歳 ) 職種

新規・変更

振込の金名 希望機種

⑪ 預金の種類

⑫ 口座番号 (左詰め。ゆうちょ銀行の場合は、記号(5桁)は左詰め、番号は右詰めで記入し、空欄は「0」を記入)

⑬ メイギン (カタカナ) : 姓と名の間は1文字あけて記入してください。濁点・半濁点は1文字として記入してください。

⑭ (つづき) メイギン (カタカナ)

⑨の者については、⑦並びに裏面の(ホ)及び(ト)に記載したとおりであることを証明します。

事業の名称 電話 ( ) -

年月日 事業場の所在地 〒 -

事業主の氏名 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)

あん摩マッサージ指圧師の証明

⑨の者については、(イ)から(ハ)まで及び⑫に記載したとおりであることを証明します。

年月日 施術所の名称 電話 ( ) -

住所 印

氏名 印

療養の内容 (イ) 期間 年月日から 年月日まで 日間 施術実日数 日

(ロ) 傷病の部位及び傷病名

(ハ) 傷病の経過の概要

年月日 治癒(症状固定)・継続中・転医・中止

⑫ 指定・指名番号

⑬ 療養に要した費用の額 (内訳裏面のとおり。)

千 百 十 万 万 千 百 十 月

⑭ 療養期間の初日 ⑮ 療養期間の末日 ⑯ 施術実日数 ⑰ 転帰事由

元号 年 月 日 元号 年 月 日

1 治療 (医師) 2 継続 3 転医 4 中止

上記により療養補償給付たる療養の費用の支給を請求します。

年月日

電話 ( ) -

住所 ( 方)

請求人の

氏名 印

労働基準監督署長 殿

(注意) 一、二、三、記入枠の部分は、必ず黒のボールペンを使用し、様式右上に記載された「標準字体」にならう。枠からはみださないように大きめのカタカナ及びアラビア数字で明瞭に記載してください。二、記載すべき事項のない欄又は記入枠は、空欄のままとし、事項を選択する場合は、○で開いてください。(ただし⑤及び⑩欄並びに⑥及び⑦欄の元号については該当番号を記入枠に記入してください。)

様式第7号(5)(表面) 労働者災害補償保険 業務災害用 第 回 療養補償給付たる療養の費用請求書 (同一傷病分)

標準字体 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50

訪看

様式第七号(五)(表面)を次のように改める。

※印の欄は記入しないでください。(職員が記入します。)

◎裏面の注意事項を読んでから記入してください。折り曲げる場合には2つ折りにしてください。

帳票種別 ※ 34265 ①管轄局署 ②業通別 ⑧受付年月日 ⑩三者コード ⑪委任未支給 ⑫特別加入者 ⑬審査コード

③労働保険番号 ④管轄局種別 ⑤労働者の性別 ⑥労働者の生年月日 ⑦負傷又は発病年月日 ⑭金融機関コード

⑨労働者の氏名 ⑩労働者の住所 ⑪職 種 ( 歳 ) ⑫郵便番号

⑬振付関の金額を希望機称 ⑭預金の種類 ⑮口座番号 (左詰め、ゆうちょ銀行の場合は、記号(5桁)は左詰め、番号は右詰めで記入し、空欄は「0」を記入)

⑯事業の名称 ⑰事業場の所在地 ⑱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)

⑲(イ)傷病名 ⑳(イ)の者については、(イ)に記載したとおりであることを証明します。 ㉑(ロ)期間 ㉒療養に要した費用の額 (内訳裏面のとおり。)

㉓訪問開始年月日 ㉔訪問終了年月日 ㉕実日数

㉖上記により療養補償給付たる療養の費用の支給を請求します。 ㉗請求人の住所 ( 方 ) ㉘請求人の氏名 印

労働基準監督署長 殿

(注意) 一、記入枠の部分は、必ず黒のボールペンを使用し、様式右上に記載された「標準字体」にならって、枠からはみださないように大きめのカタカナ及びアラビア数字で明瞭に記載してください。  
二、記載すべき事項のない欄又は記入枠は、空欄のままとし、事項を撰択する(裏面に記載事項を○で囲んでください。ただし⑤及び⑦の欄の元号については該当番号を記入枠に記入してください。)  
三、記入する文字は、光学式文字読取装置(OCR)で直接読取りを行うので、汚したり、穴をあけたり、必要以上に強く折り曲げたり、のりづけたりしないでください。

様式第8号(表面) 業務災害用

労働者災害補償保険 休業補償給付支給請求書 第 回 休業特別支給金支給申請書(同一傷病分)

標準字体 0123456789ハ。ー アイウエオカキクケコサシスセソタチツテトナニヌ ネノハヒフヘホ マミムメモヤユヨ ラリルレロワン

様式第八号(表面)を次のように改める。

Main application form with sections for: ① 管轄局署, ② 労働者, ③ 労働者, ④ 受付年月日, ⑤ 業通別, ⑥ 労働者の生年月日, ⑦ 労働者の性別, ⑧ 平均賃金, ⑨ 特別給与の額, ⑩ 日数, ⑪ 労働者の住所, ⑫ 療養の期間, ⑬ 療養の現況, ⑭ 療養のため労働できなかった期間, ⑮ 傷病の経過, ⑯ 療養のため労働できなかったと認められる期間, ⑰ 療養の部位及び傷病名, ⑱ 療養の期間, ⑲ 療養の現況, ⑳ 療養のため労働できなかったと認められる期間.

(注意) 一、二、三、記入枠の部分は、必ず黒のボールペンを使用し、様式右上に記載された標準字体にならなくて、枠からはみださないように大きめのカタカナ及びアラビア数字で明瞭に記載してください。二、記載すべき事項のない欄又は記入枠は、空欄のままとし、事項を選択する場合には該当事項を○で囲んでください。三、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。四、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。五、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。六、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。七、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。八、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。九、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。十、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。十一、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。十二、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。十三、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。十四、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。十五、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。十六、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。十七、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。十八、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。十九、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。二十、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。二十一、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。二十二、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。二十三、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。二十四、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。二十五、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。二十六、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。二十七、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。二十八、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。二十九、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。三十、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。三十一、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。三十二、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。三十三、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。三十四、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。三十五、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。三十六、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。三十七、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。三十八、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。三十九、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。四十、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。四十一、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。四十二、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。四十三、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。四十四、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。四十五、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。四十六、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。四十七、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。四十八、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。四十九、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。五十、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。五十一、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。五十二、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。五十三、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。五十四、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。五十五、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。五十六、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。五十七、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。五十八、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。五十九、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。六十、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。六十一、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。六十二、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。六十三、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。六十四、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。六十五、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。六十六、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。六十七、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。六十八、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。六十九、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。七十、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。七十一、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。七十二、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。七十三、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。七十四、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。七十五、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。七十六、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。七十七、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。七十八、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。七十九、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。八十、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。八十一、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。八十二、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。八十三、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。八十四、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。八十五、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。八十六、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。八十七、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。八十八、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。八十九、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。九十、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。九十一、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。九十二、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。九十三、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。九十四、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。九十五、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。九十六、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。九十七、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。九十八、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。九十九、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。百、⑤及び⑩欄の元号については該当番号を記入してください。

※印の欄は記入しないでください。(職員が記入します。) ※裏面の注意事項を読んでから記入してください。 折り曲げる場合には、(▲)の所を谷に折りさらに2つ折りにしてください。

上記により 休業補償給付の支給を請求します。 休業特別支給金の支給を申請 年 月 日 住所 (方) 請求人の氏名 印 労働基準監督署長 殿

様式第16号の2の2 (表面)

労働者災害補償保険 介護補償給付 支給請求書

標準字体 アカサタナハマヤラワ 〇濁点、半濁点は一文字として書いてください。 0 1 2 3 4 イ キ シ チ ニ ヒ ミ リ ン 5 6 7 8 9 ウ ク ス ツ ヌ フ ム ユ ル ン エ ケ セ テ ネ ヘ ム シ レ 〇 (例) オ コ ソ ト ノ ホ モ ヨ ロ ー カ 〃 ハ 〇

① 管轄局署 ② 受付年月日 ③ 特別コード ④ 介護料区分 1有 3無

(注意) 一、□□□で表示された枠(以下「記入枠」という。)に記入する文字は、光学式文字読取装置(OCR)で直接読取りを行いますので、汚し... 二、記載すべき事項のない欄又は記入枠は空欄のままとし、事項を選択する場合には該当事項を○で囲んでください。(ただし、⑦、⑭、⑲及び... 三、記入枠の部分は、必ず黒のボールペンを使用し、様式の右上に記載された「標準字体」にならって、枠からはみださないように大きめのカタカナ及びアラビア数字で明瞭に記載してください。

(イ) 年金証番号 (ロ) 受給している労災年金の種類 (ハ) 障害の部位及び状態並びに当該障害を有することに伴う日常生活の状態については別紙診断書のとおり。 (ニ) ⑥ 氏名 (カタカナ) : 姓と名の間は1文字あけて左ゾメで記入してください。 生年月日 年 月 日 氏名 住所 (ホ) 請求対象年月 (ヘ) 費用を支出して介護を受けた日数 (ト) 介護に要する費用として支出した費用の額 介護に従事した者 親族 友人・知人 看護師・家政婦又は看護補助者 施設職員 (ホ) 請求対象年月 (ヘ) 費用を支出して介護を受けた日数 (ト) 介護に要する費用として支出した費用の額 介護に従事した者 親族 友人・知人 看護師・家政婦又は看護補助者 施設職員 (ホ) 請求対象年月 (ヘ) 費用を支出して介護を受けた日数 (ト) 介護に要する費用として支出した費用の額 介護に従事した者 親族 友人・知人 看護師・家政婦又は看護補助者 施設職員 振込を希望する金融機関の名称 口座名義人 ⑳ ※金融機関コード ⑳ ※郵便局コード ⑳ 預(貯)金の種別 ⑳ 口座番号 (左詰め。ゆうちょ銀行の場合は、記号(5桁)は左詰め、番号は右詰めを記入し、空欄には「0」を記入。) 口座名義人 (カタカナ) : 姓と名の間は1文字あけて左ゾメで記入してください。 (続き) 口座名義人 (カタカナ) (イ) 介護場所等 (ロ) 住居 施設等 (ただし、病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム及び原子爆弾被爆者特別養護ホームは除く。) 所在地 名称 電話 ( ) - (ヌ) 介護に従事した者 氏 名 生年月日 続柄 介護期間・日数 区 分 (ワ) 添付する書類 イ 診断書 ロ 介護に要した費用の額の証明書 (通)

※印の欄は記入しないでください。(職員が記入します。)

◎裏面の注意事項を読んでから記入してください。折り曲げる場合は(▲)の所を谷に折りさらに(▲)の所に谷に折りしにしてください。

様式第十六号の二の二(表面)を次のように改める。

上記より 介護補償給付の支給を 介護給付 請求します。 〒 - - 電話 ( ) - 年 月 日 住 所 ( ) 方 請求人の ( ) 氏 名 印 労働基準監督署長 殿

[介護の事実に関する申立て] 私は、上記(リ)及び(ヌ)のとおり介護に従事したことを申し立てます。 住 所 氏 名 印 電話番号

様式第16号の3(表面) 労働者災害補償保険  
**通勤災害用**  
 療養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	1	2	3	4	5	6	7	8	9
ア	イ	ウ	エ	オ	カ	キ	ク	ケ	コ
サ	シ	ス	セ	ソ	タ	チ	ツ	テ	ト
ナ	ニ	ヌ	ネ	ノ	ハ	ヒ	フ	ヘ	ホ
マ	ミ	ム	メ	モ	ヤ	ユ	ヨ	ラ	リ
ル	レ	ロ	ワ	ン					

※	① 管轄局署 ② 業通別 ③ 保留 ④ 処理区分	④ 受付年月日 元 年 月 日	※				
⑤ 労働保険番号 ⑥ 年金証書番号記入欄		⑦ 支給・不支給決定年月日 元 年 月 日					
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 元 年 月 日					
⑫ 労働者の氏名 ( 歳 ) ⑬ 郵便番号 ⑭ フリガナ ⑮ 住所 ⑯ 職種		⑰ 第三者行為災害 該当する・該当しない ⑱ 健康保険日雇特例被保険者手帳の記号及び番号					
⑲ 通勤災害に関する事項 裏面のとおりに記載							
⑳ 指定病院等の名称 所在地 電話( ) -							
㉑ 傷病の部位及び状態 ⑳の者については、⑩及び裏面の(ロ)、(ハ)、(ニ)、(ホ)、(ト)、(チ)、(リ)(通常の通勤の経路及び方法に限る。)及び(フ)に記載したとおりで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 (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) 労働者の所属事業場の名称・所在地		電話( ) - 〒 - 印					
(注意) 1 事業主は、裏面の(ロ)、(ハ)及び(リ)については、知り得なかった場合には証明する必要がないので、知り得なかった事項の符号を消してください。 2 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。 3 派遣労働者について、療養給付のみの請求がなされる場合にあっては、派遣先事業主は、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。							
上記により療養給付たる療養の給付を請求します。		年 月 日					
労働基準監督署長 殿		〒 - 電話( ) -					
( 病 院 療 所 ) ( 診 療 所 局 ) ( 薬 療 所 局 ) ( 訪問看護事業者 )		請求人の 住所 ( 方 ) 氏 名 印					
支 不 給 支 決 給 定 決 議 議 書	署 長	副 署 長	課 長	係 長	係	決定年月日	・ ・
	調査年月日	・ ・	・ ・	・ ・	・ ・	不 支 給 の 理 由	(この欄は記入しないでください。)
	復命書番号	第 号	第 号	第 号	第 号		

標準字体で記入してください。

※印の欄は記入しないでください。(職員が記入します。)

折り曲げる場合には、( )の所を谷に折りさらに2つ折りにしてください。

様式第十六号の三(表面)を次のように改める。

様式第 16 号の 5 (1) (表面) 労働者災害補償保険

通勤災害用

第 回

療養給付たる療養の費用請求書 (同一傷病)

標 準 字 体	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	〃	。 ー
アイウエオカキクケコ	サシスセソ	タチツテト	ナニヌ									
ネノハヒフヘホ	マミムメモ	ヤユヨ	ラリルレ	ロ	ワ	ン						

帳票種別	①管轄局署	②業通別	③受付年月日	④三者コード	⑤委任未支給	⑥特別加入者	⑦審査コード
※ 34260		3 1業 3通		1 自 3 勞 5 他	1 委 3 未 5 委		

様式第十六号の五 (一) (表面) を次のように改める。

※印の欄は記入しないでください。(職員が記入します。)  
◎裏面の注意事項を読んでから記入してください。折り曲げる場合には ( ) の所を谷に折りさうに ( ) 折りしないでください。

(注意) 一、二、三、記入枠の部分は、必ず黒のボールペンを使用し、様式右上に記載された「標準字体」にならうて、枠からはみださないように大きめのカタカナ及びアラビア数字で明瞭に記載してください。  
一、〇〇〇〇で表示された枠(以下、記入枠という。)に記入する文字は、光學式文字読取装置(OCR)で直接読取りを行うので、汚したり、穴をあけたり、必要以上強く折り曲げたり、のりづけたりしないでください。  
二、記載すべき事項のない欄又は記入枠は、空欄のままとし、事項を選択する場合は、該事項を○で囲んでください。(ただし⑤及び⑩欄並みの⑥及び⑦欄の元号については該番号を記入枠に記入してください。)  
三、記入枠の部分は、必ず黒のボールペンを使用し、様式右上に記載された「標準字体」にならうて、枠からはみださないように大きめのカタカナ及びアラビア数字で明瞭に記載してください。

③ 労働保険番号	④ 管轄局種別	④ 西暦年	④ 番号

⑤ 労働者の性別	⑥ 労働者の生年月日	⑦ 負傷又は発病年月日	⑭ 金融機関コード
1 男 3 女	元号 年 月 日	元号 年 月 日	
	1~9月は右→	1~9月は右→	

⑨ 労働者の氏名	職 種
	( 歳 )
住所	⑮ 郵便番号

新規・変更	⑯ 預金の種類	⑰ 口座番号
振込の金額	1 普通 3 当座	
希望機種	マイギニン (カタカナ) : 姓と名の間は1文字あけて記入してください。濁点・半濁点は文字として記入してください。	
口座名義人	(つづき)マイギニン (カタカナ)	

⑨の者については、⑦並びに裏面の(ワ) (通常の通勤の経路及び方法に限る。)、(カ)、(ヨ)、(タ)、(レ)、(ツ)、(ネ)及び(ム)に記載したとおりであることを証明します。	
事業の名称	電話 ( ) -
年月日	事業場の所在地
	〒 -
事業主の氏名	印
(注意) 1 事業主は裏面の(ワ)、(カ)及び(ヨ)については、知り得なかった場合には証明する必要がないので、知り得なかった事項の符号を消してください。 2 派遣労働者について、療養給付のみの請求がなされる場合にあつては、派遣先事業主は、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。	

療養の内容	(イ)期間	年月日	から	年月日まで	日間	診療実日数	日
(ロ)傷病の部位及び傷病名							
(ハ)経過の概要							
	年月日	治療(症状固定)・継続中・転医・中止・死亡					
(ニ)療養の内訳及び金額 (内訳裏面のとおり。)							

(ホ)看護料	年月日から	年月日まで	日間	(看護師の資格の有・無)
(ヘ)移送費	から	まで	片道・往復	キロメートル
(ト)上記以外の療養費 (内訳別紙請求書又は領収書				枚のとおりに。)
(チ)療養の給付を受けなかった理由				
				⑳療養に要した費用の額 (合計)
				千 万 百 万 十 万 万 千 百 十 円

㉑費用の種別	㉒療養期間の初日	㉓療養期間の末日	㉔診療実日数	㉕転付事由
※ 1 診療 2 看護 3 移送 4 器具 5 診断書	元号 年 月 日	元号 年 月 日		1 診療(症状固定) 2 継続 3 転医 4 中止 5 死亡
	1~9月は右→	1~9月は右→		

上記より療養給付たる療養の費用の支給を請求します。

〒 - 電話 ( ) -

年 月 日

住所 ( 方)

請求人の 氏名 印

労働基準監督署長 殿



様式第 16 号の 5 (2) (表面) 労働者災害補償保険

通勤災害用 第 回 療養給付たる療養の費用請求書 (同一傷病名)

標準字体 O I 2 3 4 5 6 7 8 9 〃 ° - アイウエオカキクケコサシスセソタチツテトナニヌ ネノハヒフヘホマミムメモヤユヨラリルレロワン



様式第十六号の五(二)(表面)を次のように改める。

※印の欄は記入しないでください。(職員が記入します。)

帳票種別 ①管轄局署 ②業通別 ③受付年月日 ④三者コード ⑤委任未支給 ⑥特別加入者 ⑦審査コード

③ 労働保険番号 ④ 管轄局 ⑤ 種別 ⑥ 西暦年 ⑦ 番号

⑧ 労働者の性別 ⑨ 労働者の生年月日 ⑩ 負傷又は発病年月日 ⑪ 金融機関 ⑫ 店舗

⑬ 労働者の氏名 ⑭ 郵便番号 ⑮ 職種

⑯ 振込の金融機関 ⑰ 口座番号 ⑱ メイギン

⑲ 事業の名称 ⑳ 事業場の所在地 ㉑ 事業主の氏名

㉒ (イ) 傷病名 ㉓ 所在地 ㉔ 病院又は診療所の名称

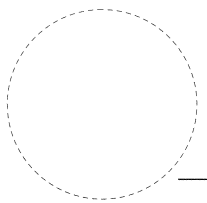
㉕ 薬剤師の証明 ㉖ 療養の内容期間

㉗ 療養の給付を受けなかった理由 ㉘ 療養に要した費用の額 ㉙ 療養期間の初日 ㉚ 療養期間の末日 ㉛ 調剤数量

上記により療養給付たる療養の費用の支給を請求します。

請求人の住所 氏名 労働基準監督署長 殿

(注意) 一、〇〇〇〇で表示された枠(以下、記入枠という。)に記入する文字は、光文字式文字読取装置(OCR)で直接読取りを行うので、汚したり、穴をあけたり、必要以上に強く折り曲げたり、のりづけたりしないでください。



様式第 16 号の 5 (3) (表面) 労働者災害補償保険

通勤災害用

第 回

療養給付たる療養の費用請求書 (同一傷病分)

標	準	字	体	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	〃	。	—
ア	イ	ウ	エ	オ	カ	キ	ク	ケ	コ	サ	シ	ス	セ	ソ	タ	チ
ツ	テ	ト	ナ	ニ	ヌ	ネ	ノ	ハ	ヒ	フ	ヘ	ホ	マ	ミ	ム	
メ	モ	ヤ	ユ	ヨ	ラ	リ	ル	レ	ロ	ワ	ン					

柔

様式第十六号の五(三)を次のように改める。

※印の欄は記入しないでください。(職員が記入します。)  
◎裏面の注意事項を読んでから記入してください。折り曲げる場合には(▲)の所を谷に折りさう(1)と(2)の折りにしてください。

帳票種別	①管轄局署	②業通別	③受付年月日	④三者コード	⑤委任未支給	⑥特別加入者	⑦審査コード
※ 34262		3 1業 3通			1 自 3 勞 5 他	1 委任 3 未支給 7 未整	

③ 労働保険番号	府 県   所 掌   管 轄   基 幹 番 号   枝 番 号	④ 管轄局   種別   西暦年   番 号

⑤ 労働者の性別	⑥ 労働者の生年月日	⑦ 負傷又は発病年月日	※⑭ 金融機関   店 舗
1 男 3 女	元 年 月 日	元 年 月 日	金融機関   店 舗
	1~9月は右→ 1~9月は右→ 1~9月は右→	1~9月は右→ 1~9月は右→ 1~9月は右→	

⑨ 労働者の氏名	( 歳 )	職 種
住 所	⑮ 郵便番号	

新規・変更	⑯ 預金の種類	⑰ 口座番号 (左詰め。ゆうちょ銀行の場合は、記号(5桁)は左詰め、番号は右詰めで記入し、空欄は「0」を記入)
振込の金名	1 普通 3 当座	
希望機種	メイギン (カタカナ) : 姓と名の間は1文字あけて記入してください。濁点・半濁点は1文字として記入してください。	
口座名義人	⑱ (つづき)メイギン (カタカナ)	

⑨の者については、⑰並びに裏面の(チ) (通常の通勤の経路及び方法に限る。)、(リ)、(ヌ)、(ル)、(ヲ)、(カ)、(ヨ)及び(ソ)に記載したとおりであることを証明します。	事業の名称	電話 ( ) -
	年月日	事業場の所在地
		事業主の氏名

⑨の者については、(イ)から(ハ)まで及び⑳に記載したとおりであることを証明します。	〒 -
年月日	施術所の名称
	住所
	氏名

療養の内容	(イ) 期間	年月日から 年月日まで	日間 施術実日数	日
(ロ) 傷病の部位及び傷病名				
(ハ) 傷病の経過の概要				
	年 月 日	治癒 (症状固定) ・ 継続中 ・ 転医 ・ 中止		

⑳ 指定・指名番号	⑳ 療養に要した費用の額 (内訳裏面のとおり。)
府 県   種別   一 連 番 号	千 万 百 万 十 万 万 千 百 十 月

㉑ 療養期間の初日	㉒ 療養期間の末日	㉓ 施術実日数	㉔ 転帰事由
元 年 月 日	元 年 月 日	日	1 治療 (定期回復) 3 継続 5 転医 7 中止
1~9月は右→ 1~9月は右→ 1~9月は右→	1~9月は右→ 1~9月は右→ 1~9月は右→		

上記により療養給付たる療養の費用の支給を請求します。

〒 - 電話 ( ) -

年 月 日

請求人の 住所 ( 方 )

氏名 印

労働基準監督署長 殿

(注意) 一、二、三、記入枠の部分は、必ず黒のボールペンを使用し、様式右上に記載された「標準字体」にならう。枠からはみださないように大きめのカタカナ及びアラビア数字で明瞭に記載してください。二、記載すべき事項のない欄又は記入枠は、空欄のままとし、事項を選択する場合、丸印を○で閉めてください。ただし⑤及び⑩欄並びに⑥及び⑦欄の元号については該当番号を記入枠に記入してください。三、記入する文字は、光沢式文字読取装置(OCR)で直接読取りを行うので、汚したり、穴をあけたり、必要以上に強く折り曲げたり、のりづけたりしないでください。

様式第16号の5(3)(裏面)

(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	(ハ) 住所 現認者の 氏名	電話( ) -
(ト) 災害の原因及び発生状況	(ア) どのような場所を(イ)どのような方法で移動している際に(ウ)どのような物で又はどのような状況において(エ)どのようにして災害が発生したか(オ)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	(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ある場所に至った経路、方法、時間、その他の状況
(ヌ) 災害発生場所		(通常移動の所要時間) 時間 分 (ツ) 転任直前の住居に係る住所
(ル) 就業の場所 <small>(災害時の通勤の種別がハに該当する場合は移動の終点たる就業の場所)</small>		
(ヲ) 就業開始の予定年月日及び時刻 <small>(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)</small>	年 月 日 午 前 後 時 分	
(ヅ) 住居を離れた年月日及び時刻 <small>(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)</small>	年 月 日 午 前 後 時 分	
(カ) 就業終了の年月日及び時刻 <small>(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)</small>	年 月 日 午 前 後 時 分	
(コ) 就業の場所を離れた年月日及び時刻 <small>(災害時の通勤の種別がロ又はハに該当する場合は記載すること)</small>	年 月 日 午 前 後 時 分	
(タ) 第三者行為災害	該当する ・ 該当しない	
(レ) 健康保険日雇特例被保険者手帳の 記号及び番号		

療養の内訳及び金額	初 検 料	初検年月日	平成 年 月 日 時 分	時間外・深夜・休日加算	円	千	円
	再 検 料	回	円	指導管理料	円		
	運 動 療 法 料	回	円	施術情報提供料	円		
	休 業 ( 補 償 ) 給 付 証 明 料	回	円	証明期間			
	往 診 料	距離(片道) km	回 1 回	円	夜間・難路・暴風雨雪加算	円	
	整 復 固 定 料 初回処置	傷病名及び部位		金 額	特別材料料		
		イ		円			
		ロ					
		ハ					
	後 療 料	イ		円	包 帯 交 換 料	円	
		ロ					
		ハ					
		ニ					
	電 療 料	イ	回	円	ロ	回	円
	電 法 料	冷電法	イ	回	円	ロ	回
温電法		イ	回	円	ロ	回	円
そ の 他							
合 計					千	円	

- (注 意)
- 共通の注意事項
    - この請求書は、柔道整復師から施術を受けた場合に提出すること。
    - 事項を選択する場合には、該当する事項を○で囲むこと。
    - (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、(ハ)から(ヨ)まで、並びに(ソ)及び(タ)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及び(ハ)から(タ)まで、並びに(ソ)及び(タ)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。
  - 「事業主の氏名」の欄、「施術所の名称」の欄及び「請求人の氏名」の欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができること。

派遣先事業主	派遣元事業主が証明する事項(表面の⑦並びに(チ)(通常移動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。)
証明欄	事業の名称 _____ 電話( ) - _____ 年 月 日 事業場の所在地 _____ 千 _____ - _____ 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)

委任状  
私は、柔道整復師 \_\_\_\_\_ を代理人と定め、私が請求する表記療養の費用につき労災保険から給付される金額の受領を委任します。  
年 月 日 委任者の住所 \_\_\_\_\_ 印  
氏名 \_\_\_\_\_ (記名押印又は署名)

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・事務代理者の表示	氏 名	電 話 番 号
				印 ( ) -	

様式第16号の5(4)(表面) 労働者災害補償保険

通勤災害用

第 回  
療養給付たる療養の費用請求書 (同一傷病分)

標	準	字	体	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	〃	。	ー
アイ	ウ	エ	オ	カ	キ	ク	ケ	コ	サ	シ	ス	セ	ソ	タ	チ	ツ
テ	ト	ナ	ニ	ヌ	ネ	ノ	ハ	ヒ	フ	ヘ	ホ	マ	ミ	ム	メ	モ
ヤ	ユ	ヨ	ラ	リ	ル	レ	ロ	ワ	ン							

はりきゆう

様式第十六号の五(四)(表面)を次のように改める。

※印の欄は記入しないでください。(職員が記入します。)  
◎裏面の注意事項を読んでから記入してください。折り曲げる場合には(▲)の所を谷に折りさう(1)と(2)の折りにしてください。

※ 帳票種別	① 管轄局署	② 業通別	③ 受付年月日	④ 三者コード	⑤ 委任未支給	⑥ 特別加入者	⑦ 審査コード
34263		3			1 自 3 労 5 他	1 委任 3 未支給 7 はり師	

③ 労働保険番号	④ 管轄局 種別 西暦年 番号

⑤ 労働者の性別	⑥ 労働者の生年月日	⑦ 負傷又は発病年月日	⑧ 金融機関 店舗
1 男 3 女			

⑨ 労働者の氏名	( 歳 )	職種

新規・変更	⑩ 預金の種類	⑪ 口座番号
	1 普通 3 当座	

⑨の者については、⑦並びに裏面の(チ)(通常)の通勤の経路及び方法に限る。、(リ)、(ヌ)、(ル)、(ヲ)、(カ)、(ヨ)及び(ソ)に記載したとおりであることを証明します。	
事業の名称	電話( ) -
年月日	事業場の所在地
	事業主の氏名

⑨の者については、(イ)から(ハ)まで及び⑫に記載したとおりであることを証明します。		
年月日	施術所の名称	電話( ) -
	住所	
	氏名	印

療養の内容	(イ) 期間	年月日から 年月日まで	日間 施術実日数	日
(ロ) 傷病の部位及び傷病名				
(ハ) 傷病の経過の概要				

⑫ 指定・指名番号	⑬ 療養に要した費用の額
	千 百 十 万 万 千 百 十 円

⑭ 療養期間の初日	⑮ 療養期間の末日	⑯ 施術実日数	⑰ 転帰事由
			1 治療 3 継続 5 転医 7 中止

上記により療養給付たる療養の費用の支給を請求します。

年月日 電話( ) -

住所 ( 方 )

請求人の 氏名 印

労働基準監督署長 殿

(注意) 一、二、三、記入枠の部分は、必ず黒のボールペンを使用し、様式右上に記載された「標準字体」にならう。枠からはみださないように大きめのカタカナ及びアラビア数字で明瞭に記載してください。二、記載すべき事項のない欄又は記入枠は、空欄のままとし、事項を選択する場合は、事項を○で囲んでください。(ただし⑤及び⑩欄並びに⑥及び⑦欄の元号については該当番号を記入枠に記入してください。)

様式第 16 号の 5 (5) (表面) 労働者災害補償保険  
 通勤災害用 第 回  
 療養給付たる療養の費用請求書 (同一傷病分)

標	準	字	体	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	〃	。	ー
アイ	ウ	エ	オ	カ	キ	ク	ケ	コ	サ	シ	セ	ソ	タ	チ	ツ	ト
ナ	ニ	ノ	ハ	ヒ	フ	ヘ	ホ	マ	ミ	ム	モ	ヤ	ユ	ヨ	ラ	リ
レ	ロ	ワ	ン													

訪看

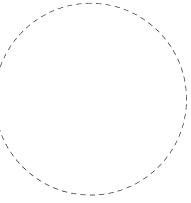
様式第十六号の五(五)(表面)を次のように改める。

※印の欄は記入しないでください。(職員が記入します。)

※裏面の注意事項を読んでから記入してください。折り曲げる場合には(▲)の所を谷に折りさらに2つ折りにしてください。

※ 帳票種別	①管轄局署	②業通別	⑧受付年月日	⑩三者コード	⑪委任未支給	⑫特別加入者	⑬審査コード
34265		3			1 自 3 勞 5 他	1 委 3 任 5 未 支 給	
③ 労働保険番号	④ 管轄局種別	⑤ 労働者の性別	⑥ 労働者の生年月日	⑦ 負傷又は発病年月日	⑭ 金融機関コード	⑮ 郵便局コード	
		1 男 3 女					
⑨ 労働者の氏名 (カタカナ) : 姓と名の間は1字あけて記入してください。濁点・半濁点は1文字として記入してください。							
住所 ⑫ 郵便番号							
⑯ 預金の種類							
⑰ 口座番号 (左詰め。ゆうちょ銀行の場合は、記号(5桁)は左詰め、番号は右詰めで記入し、空欄は「0」を記入)							
⑱ 療養に要した費用の額 (内訳裏面のとおりに)							
⑲ 訪問看護事業者の証明							
⑳ 訪問開始年月日							
㉑ 訪問終了年月日							
㉒ 実日数							

(注意) 一、二、三、記入枠の部分は、必ず黒のボールペンを使用し、様式右上に記載された「標準字体」にならないうちに大きめのカタカナ及びアラビア数字で明瞭に記載してください。  
 一、二、三、記載すべき事項のない欄又は記入枠は、空欄のままとし、事項を選択する(記入)には該欄事項を○で囲んでください。(ただし⑤及び⑥欄並びに⑦及び⑧欄の元号については該当番号を記入し、記入してください。)  
 一、二、三、記載すべき事項のない欄又は記入枠は、空欄のままとし、事項を選択する(記入)には該欄事項を○で囲んでください。(ただし⑤及び⑥欄並びに⑦及び⑧欄の元号については該当番号を記入し、記入してください。)  
 一、二、三、記載すべき事項のない欄又は記入枠は、空欄のままとし、事項を選択する(記入)には該欄事項を○で囲んでください。(ただし⑤及び⑥欄並びに⑦及び⑧欄の元号については該当番号を記入し、記入してください。)



請求人の 年 月 日 住所 ( 方 )  
 氏名 印  
 労働基準監督署長 殿

様式第16号の6(表面)

通勤災害用

労働者災害補償保険 休業給付支給請求書 第 回  
休業特別支給金支給申請書 (同一傷病分)

標準字体 0123456789"。一 アイウエオカキクケコサシスセソタチツテトナニヌ ネノハヒフヘホマミムメモヤユヨラリルレロワ

様式第十六号の六(表面)を次のように改める。

Form with multiple sections: ① 管轄局署, ② 労働保険番号, ③ 労働者氏名, ④ 受付年月日, ⑤ 労働者の性別, ⑥ 労働者の生年月日, ⑦ 負傷又は発病年月日, ⑧ 特別給与の額, ⑨ 業通別, ⑩ 日数査定, ⑪ 療養の期間, ⑫ 療傷の部位及び傷病名, ⑬ 療養の経過, ⑭ 療養のため労働することができなかつたと認められる期間, ⑮ 療傷の現況, ⑯ 療養のため労働することができなかつた日数, ⑰ 療傷の部位及び傷病名, ⑱ 療養の期間, ⑲ 療傷の経過, ⑳ 療養のため労働することができなかつた日数, ㉑ 療傷の現況, ㉒ 療養のため労働することができなかつた日数.

(注意) 一、記入枠の部分は、必ず黒のボールペンを使用し、様式右上に記載された標準字体にならって、枠からはみださないように大きめのカタカナ及びアラビア数字で明瞭に記載してください。二、記載すべき事項のない欄又は記入枠は、空欄のままとし、事項を選択する場合には該当事項を○で囲んでください。三、⑤及び⑦欄の元号については該当番号を記入してください。四、⑧及び⑨欄の元号については該当番号を記入してください。五、⑩及び⑪欄の元号については該当番号を記入してください。六、⑫及び⑬欄の元号については該当番号を記入してください。七、⑭及び⑮欄の元号については該当番号を記入してください。八、⑯及び⑰欄の元号については該当番号を記入してください。九、⑱及び⑲欄の元号については該当番号を記入してください。十、⑳及び㉑欄の元号については該当番号を記入してください。十一、⑳及び㉑欄の元号については該当番号を記入してください。十二、⑳及び㉑欄の元号については該当番号を記入してください。十三、⑳及び㉑欄の元号については該当番号を記入してください。十四、⑳及び㉑欄の元号については該当番号を記入してください。十五、⑳及び㉑欄の元号については該当番号を記入してください。十六、⑳及び㉑欄の元号については該当番号を記入してください。十七、⑳及び㉑欄の元号については該当番号を記入してください。十八、⑳及び㉑欄の元号については該当番号を記入してください。十九、⑳及び㉑欄の元号については該当番号を記入してください。二十、⑳及び㉑欄の元号については該当番号を記入してください。二十一、⑳及び㉑欄の元号については該当番号を記入してください。二十二、⑳及び㉑欄の元号については該当番号を記入してください。二十三、⑳及び㉑欄の元号については該当番号を記入してください。二十四、⑳及び㉑欄の元号については該当番号を記入してください。二十五、⑳及び㉑欄の元号については該当番号を記入してください。二十六、⑳及び㉑欄の元号については該当番号を記入してください。二十七、⑳及び㉑欄の元号については該当番号を記入してください。二十八、⑳及び㉑欄の元号については該当番号を記入してください。二十九、⑳及び㉑欄の元号については該当番号を記入してください。三十、⑳及び㉑欄の元号については該当番号を記入してください。三十一、⑳及び㉑欄の元号については該当番号を記入してください。三十二、⑳及び㉑欄の元号については該当番号を記入してください。三十三、⑳及び㉑欄の元号については該当番号を記入してください。三十四、⑳及び㉑欄の元号については該当番号を記入してください。三十五、⑳及び㉑欄の元号については該当番号を記入してください。三十六、⑳及び㉑欄の元号については該当番号を記入してください。三十七、⑳及び㉑欄の元号については該当番号を記入してください。三十八、⑳及び㉑欄の元号については該当番号を記入してください。三十九、⑳及び㉑欄の元号については該当番号を記入してください。四十、⑳及び㉑欄の元号については該当番号を記入してください。四十一、⑳及び㉑欄の元号については該当番号を記入してください。四十二、⑳及び㉑欄の元号については該当番号を記入してください。四十三、⑳及び㉑欄の元号については該当番号を記入してください。四十四、⑳及び㉑欄の元号については該当番号を記入してください。四十五、⑳及び㉑欄の元号については該当番号を記入してください。四十六、⑳及び㉑欄の元号については該当番号を記入してください。四十七、⑳及び㉑欄の元号については該当番号を記入してください。四十八、⑳及び㉑欄の元号については該当番号を記入してください。四十九、⑳及び㉑欄の元号については該当番号を記入してください。五十、⑳及び㉑欄の元号については該当番号を記入してください。五十一、⑳及び㉑欄の元号については該当番号を記入してください。五十二、⑳及び㉑欄の元号については該当番号を記入してください。五十三、⑳及び㉑欄の元号については該当番号を記入してください。五十四、⑳及び㉑欄の元号については該当番号を記入してください。五十五、⑳及び㉑欄の元号については該当番号を記入してください。五十六、⑳及び㉑欄の元号については該当番号を記入してください。五十七、⑳及び㉑欄の元号については該当番号を記入してください。五十八、⑳及び㉑欄の元号については該当番号を記入してください。五十九、⑳及び㉑欄の元号については該当番号を記入してください。六十、⑳及び㉑欄の元号については該当番号を記入してください。六十一、⑳及び㉑欄の元号については該当番号を記入してください。六十二、⑳及び㉑欄の元号については該当番号を記入してください。六十三、⑳及び㉑欄の元号については該当番号を記入してください。六十四、⑳及び㉑欄の元号については該当番号を記入してください。六十五、⑳及び㉑欄の元号については該当番号を記入してください。六十六、⑳及び㉑欄の元号については該当番号を記入してください。六十七、⑳及び㉑欄の元号については該当番号を記入してください。六十八、⑳及び㉑欄の元号については該当番号を記入してください。六十九、⑳及び㉑欄の元号については該当番号を記入してください。七十、⑳及び㉑欄の元号については該当番号を記入してください。七十一、⑳及び㉑欄の元号については該当番号を記入してください。七十二、⑳及び㉑欄の元号については該当番号を記入してください。七十三、⑳及び㉑欄の元号については該当番号を記入してください。七十四、⑳及び㉑欄の元号については該当番号を記入してください。七十五、⑳及び㉑欄の元号については該当番号を記入してください。七十六、⑳及び㉑欄の元号については該当番号を記入してください。七十七、⑳及び㉑欄の元号については該当番号を記入してください。七十八、⑳及び㉑欄の元号については該当番号を記入してください。七十九、⑳及び㉑欄の元号については該当番号を記入してください。八十、⑳及び㉑欄の元号については該当番号を記入してください。八十一、⑳及び㉑欄の元号については該当番号を記入してください。八十二、⑳及び㉑欄の元号については該当番号を記入してください。八十三、⑳及び㉑欄の元号については該当番号を記入してください。八十四、⑳及び㉑欄の元号については該当番号を記入してください。八十五、⑳及び㉑欄の元号については該当番号を記入してください。八十六、⑳及び㉑欄の元号については該当番号を記入してください。八十七、⑳及び㉑欄の元号については該当番号を記入してください。八十八、⑳及び㉑欄の元号については該当番号を記入してください。八十九、⑳及び㉑欄の元号については該当番号を記入してください。九十、⑳及び㉑欄の元号については該当番号を記入してください。九十一、⑳及び㉑欄の元号については該当番号を記入してください。九十二、⑳及び㉑欄の元号については該当番号を記入してください。九十三、⑳及び㉑欄の元号については該当番号を記入してください。九十四、⑳及び㉑欄の元号については該当番号を記入してください。九十五、⑳及び㉑欄の元号については該当番号を記入してください。九十六、⑳及び㉑欄の元号については該当番号を記入してください。九十七、⑳及び㉑欄の元号については該当番号を記入してください。九十八、⑳及び㉑欄の元号については該当番号を記入してください。九十九、⑳及び㉑欄の元号については該当番号を記入してください。百、⑳及び㉑欄の元号については該当番号を記入してください。

※印の欄は記入しないでください。(職員が記入します。) ※裏面の注意事項を読んでから記入してください。 折り曲げる場合には(▲)の所を谷に折りさらに(▼)の所に谷に折りししてください。

上記より 休業給付の支給を請求します。 休業特別支給金の支給を申請 年 月 日 住所 (方) 請求人の氏名 印 労働基準監督署長 殿

様式第 16 号の 10 の 2 (表面) 労働者災害補償保険

裏面に記載してある注意事項をよく  
読んで上で、記入してください。

二次健康診断等給付請求書

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		
4	9	オ	コ	ソ	ト	ノ	ホ	モ	ヨ	ロ	-

※ 帳票種別 <b>38530</b>	①管轄局 <input type="text"/>	②帳票区分 無新規 <input type="checkbox"/>	③保留 <input type="checkbox"/>	④受付年月日 <input type="text"/>		
⑤労働保険番号 <input type="text"/>	⑥処理区分 ※ <input type="text"/>	⑦支給・不支給決定年月日 <input type="text"/>	⑧特例コード <input type="text"/>			
⑨性別 <input type="checkbox"/>	⑩労働者の生年月日 <input type="text"/>	⑪一次健康診断受診年月日 <input type="text"/>	⑫二次健康診断受診年月日 <input type="text"/>			
⑬労働者の シメイ (カタカナ) : 姓と名の間は1文字あけて記入してください。濁点・半濁点は1文字として記入してください。 <input type="text"/> 氏名 ( 歳 ) フリガナ 住所 ⑭郵便番号 <input type="text"/>						
一次健康診断結果欄 ⑮血圧の測定における異常所見 (高い場合に限る。) 1 有 <input type="checkbox"/> 3 無 <input type="checkbox"/>	⑯血中脂質検査における異常所見 (高い場合に限る。ただし、HDLコレステロールについては、低い場合に限る。) 1 有 <input type="checkbox"/> 3 無 <input type="checkbox"/>	血糖検査 ⑰検査方法 1 血糖値検査 <input type="checkbox"/> 3 ヘモグロビン A1c 検査 <input type="checkbox"/>	⑱異常所見 (高い場合に限る。) 1 有 <input type="checkbox"/> 3 無 <input type="checkbox"/>	⑲腹囲又はBMI (肥満度) の測定における異常所見 (高い場合に限る。) 1 有 <input type="checkbox"/> 3 無 <input type="checkbox"/>	⑳尿蛋白検査についての所見 1 - <input type="checkbox"/> 3 ± <input type="checkbox"/> 5 + <input type="checkbox"/> 7 ++ <input type="checkbox"/> 9 +++ <input type="checkbox"/>	㉑脳又は心臓疾患について療養を行っているなど、当該疾患の症状の有無 1 有 <input type="checkbox"/> 3 無 <input type="checkbox"/>
二次健康診断等実施機関の 名称 _____ 電話( ) - _____ 所在地 _____ 〒 - _____						
㉒の期日が㉑の期日から3か月を超えている場合、その理由について、該当するものを○で囲んでください。 イ 天災地変により請求を行うことができなかった。      ハ その他 (理由: _____) ロ 医療機関の都合等により、一次健康診断の結果の通知が著しく遅れた。						
事業主証明欄 ㉓の者について、㉑の期日が一次健康診断の実施日であること及び添付された書類が㉑の期日における一次健康診断の結果であることを証明します。 _____ 年 月 日 事業の名称 _____ 電話( ) - _____ 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) (記名押印又は署名) 労働者の所属事業場の名称・所在地 _____ 電話( ) - _____						
上記により二次健康診断等給付を請求します。 労働局長 殿 _____ 電話( ) - _____ 請求年月日 <input type="text"/>						
病院診療所 (理由) _____ 請求人の住所 _____ 氏名 _____ 印 _____ 電話( ) - _____ (記名押印又は署名)						
不支給決定決議書 <input type="checkbox"/>	局長 <input type="checkbox"/>	部長 <input type="checkbox"/>	課長 <input type="checkbox"/>	調査年月日 _____ 復命書番号 _____ 決定年月日 _____ 不支給理由 _____	第 _____ 号	

様式第十六号の十の二(表面)を次のように改める。  
 ※印の欄は記入しないでください。  
 (職員が記入します。)  
 ◎裏面の注意事項を読んでから記入してください。折り曲げる場合には( )の所を谷に折りさらに2つ折りにしてください。  
 (この欄は記入しないでください。)

様式第十八号(二)(表面)を次のように改める。

様式第 18 号 (2) (表面)

労働者災害補償保険  
年金たる保険給付の受給権者の定期報告書(遺族用)

変更・不変更

署長	次長	課長	係長	係
決裁				年 月 日

受給権者	①年金証書の番号	②枝番号	③受給権者の氏名		④受給権者の生年月日	⑤年齢
	⑥年金たる保険給付の種類		⑦被災労働者との関係	⑧障害の状態の有無	⑨障害の部位及び状態	
厚生年金保険の受給関係	⑩労災年金のほかに、厚生年金保険、国民年金あるいは船員保険から労災と同じ事由(死亡)で年金を受けていますか。「受けている」とした場合は、⑪から⑭までの欄を記入してください。			1 受けている (支給停止の場合を含みます。)		2 受けていない ・裁定請求中 ・不支給裁定 ・未加入 ・請求していない ・老齢年金等選択 ・その他( )
	⑪受けている厚生年金保険、国民年金、船員保険(厚生年金等)の年金の種類を○で囲んでください。		厚生年金保険法の イ 遺族年金 ロ 遺族厚生年金	国民年金法の ハ 母子年金 ヘ 寡婦年金 ニ 準母子年金 ト 遺族基礎年金 ホ 遺児年金		船員保険法の チ 遺族年金
	⑫基礎年金番号及び厚生年金等の年金証書の年金コード					
	⑬現在支給されている厚生年金等の年金額		年額 円	年額 円	年額 円	
	⑭⑬欄の年金額を支給されることになった年月日		年 月 日	年 月 日	年 月 日	
⑮遺族(補償)年金を受ける資格のある遺族	氏名(フリガナ)		生年月日	年齢	住所	死亡労働者との関係
	MSR TH		年 月 日	歳		ある・ない
	MSR TH		年 月 日	歳		ある・ない
	MSR TH		年 月 日	歳		ある・ない
	MSR TH		年 月 日	歳		ある・ない
⑯添付書類		診断書・住民票の写し・戸籍謄本(抄本)・⑬欄の厚生年金等の年額を証明する書類( )				
上記のとおり現況を報告します。						
〒 _____ 電話番号( ) _____ (フリガナ) _____						
_____ 年 月 日 住所 _____						
_____ 労働基準監督署長 殿 (フリガナ) _____						
氏名 ⑰						

○ 問い合わせ先(From :)

提出期間 年 月 1 日から 年 月 末日まで





様式第20号

労働者災害補償保険  
厚生年金保険等の受給関係変更届

様式第二十号を次のように改める。

① 年金証書の番号	管轄局	種別	西暦年	番号	枝番号
② 受給権者の	氏名	(男・女) (年金証書に記載されている氏名)			
	生年月日	明昭令 年 月 日 ( 歳) 大平			
③ 当該傷病、障害又は死亡に関して支給される年金の種類	厚生年金保険法の		国民年金法の		船員保険法の
	イ 障害年金( 級)	ロ 障害厚生年金( 級)	イ 障害年金( 級)	ロ 障害基礎年金( 級)	イ 障害年金( 級)
	ハ 遺族年金	ニ 遺族厚生年金	ハ 母子年金	ニ 準母子年金	ロ 遺族年金
			ホ 遺児年金	ヘ 寡婦年金	
			ト 遺族基礎年金		
④ 基礎年金番号及び③の年金についての年金証書の年金コード			所轄年金事務所等		
⑤ ③の年金が支給されることとなった場合	支給される年金の額		( 級)	円	
	支給されることとなった年月日		年 月 日		
⑥ ③の年金の額に変更があった場合	変更前の年金の額		( 級)	円	
	変更後の年金の額		( 級)	円	
	変更された年月日		年 月 日		
	変更の事由				
⑦ ③の年金が支給されなくなった場合	支給されなくなった年金の額		( 級)	円	
	支給されなくなった年月日		年 月 日		
	支給されなくなった事由				
⑧ 添付する書類その他の資料名					

上記のとおり変更がありましたので届けます。

年 月 日 〒 - 電話 ( ) -

届出人の 住 所

労働基準監督署長 殿

氏 名 ㊟

[注意]

- 1 事項を選択する場合には該当する事項を○で囲むこと。
- 2 この届書には、変更の事実を証明することができる書類その他の資料を添えること。
- 3 「届出人の氏名」の欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができること。
- 4 ④について、厚生年金等の年金証書の年金コードを2つ有する場合は、それぞれ上段及び下段に記載すること。3つ以上有する場合は、別紙を付して記載すること。
- 5 ⑤から⑧までの欄に記載することができない場合には、別紙を付して所要の事項を記載すること。

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
		㊟	( ) -

様式第三十四号の七(表面)、様式第三十四号の八(表面)、様式第三十四号の十(表面)、様式第三十四号の十一(表面)及び様式第三十四号の十二(表面)中「水質」を「水質」に改める。  
 (国立医薬品食品衛生研究所試験検査依頼規程の一部改正)  
 第三條 国立医薬品食品衛生研究所試験検査依頼規程(昭和三十五年厚生省告示第八十四号)の一部を次のように改正する。  
 別記様式第一を次のように改める。



試 験 検 査 依 頼 書

- 1 試験検査の種類
- 2 試験品又は検体の名称及び数量
- 3 試験品又は検体の製造番号及び製造年月日
- 4 試験品又は検体の成分
- 5 試験検査を必要とする理由
- 6 自家試験検査の結果その他参考となる事項

第 号 平成・令和 年 月 日

上記のとおり、試験検査を依頼します。

令和 年 月 日

住所(法人にあつては、主たる事務所の所在地)

氏名(法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

国立医薬品食品衛生研究所長殿

(備考)

この用紙の大きさは、A列4番とする。

別記様式第一

別記様式第二及び別記様式第三中「水質」を「水質」に改める。

(障害者の雇用の促進等に関する法律施行令及び障害者の雇用の促進等に関する法律施行規則の規定に基づき厚生労働大臣が定める様式の一部改正)

第四條 障害者の雇用の促進等に関する法律施行令及び障害者の雇用の促進等に関する法律施行規則の規定に基づき厚生労働大臣が定める様式(昭和五十一年労働省告示第百十二号)の一部を次のように改正する。

様式第一号(表面)、様式第一号の二(表面)、様式第二号(表面)、様式第二号の二(表面)、様式第三号(表面)、様式第四号、様式第五号、様式第五号の二、様式第五号の三(表面)、様式第五号の四、様式第五号の五(表面)、様式第六号(表面)、様式第六号の二(1)(表面)、様式第六号の二(2)(表面)、様式第六号の三(1)(表面)、様式第六号の三(2)(表面)、様式第六号の四(1)(表面)、様式第六号の四(2)(表面)、様式第六号の五、様式第六号の六(表面)及び様式第六号の七中「水質」を「水質」に改める。

様式第六号の九、様式第六号の十(表面)、様式第六号の十一、様式第六号の十二(表面)、様式第七号及び様式第七号の七中「五」を「四」に改める。

様式第六号の八(表面)を次のように改める。

様式第六号の8 (第4条の3第2項関係) (表面)

(A列4)

親事業主、特例子会社及び関係会社の概要

令和 年 月 日現在

A 親事業主の概要				
① 名称及び代表者の氏名	② 主たる事務所の所在地	③ 事業の種類	産業分類番号 ( )	④ 事業所の数 ⑤ 障害者雇用推進者
B 特例子会社の概要				
⑥ 名称及び代表者の氏名	⑦ 主たる事務所の所在地	⑧ 事業の種類	産業分類番号 ( )	⑨ 事業所の数 ⑩ 直近の事業年度の末日における資本金の額 万円
⑪ 認定状況		昭和・平成・令和 年 月 日 (認定・申請書提出) (該当するものに○を付ける。)		
C 関係会社の概要				
⑫ 名称及び代表者の氏名	⑬ 主たる事務所の所在地 (公共職業安定所)	⑭ 事業の種類	産業分類番号 ( )	⑮ 事業所の数 ⑯ 直近の事業年度の末日における資本金の額 万円
D 親事業主の所有する議決権				
⑰ 関係会社の総株主又は総社員の議決権の数	⑱ ⑰のうち親事業主の所有する議決権の数	⑲ $\frac{⑱}{⑰} \times 100$		%
E-1 関係会社と特例子会社の人的関係				
⑳ 特例子会社の役員 の関係会社からの選任 状況	(イ) 特例子会社の 役員数	(ロ) (イ)のうち関係会社の役員 又は職員から選任されてい る者の数	(ハ) $\frac{(ロ)}{(イ)} \times 100$	(ニ) 関係会社から選任されている役員 の氏名、特例子会社における役職及び略歴
	人	人	%	
㉑ 特例子会社の従業員 のうち関係会社から派 遣されている者の状況	(イ) 特例子会社の 従業員の総数	(ロ) (イ)のうち関係会社から派 遣されている者の数	(ハ) $\frac{(ロ)}{(イ)} \times 100$	(ニ) 関係会社から派遣されている者の 主な職名
	人	人	%	
E-2 関係会社と特例子会社の営業上の関係				
㉒ 特例子会社の直近の事業年度における 関係会社からの受注(売上げ)の実績		㉓ 特例子会社の次の事業年度における 関係会社からの受注(売上げ)の見込み		
千円		千円		
E-3 関係会社から特例子会社への出資				
㉔ 関係会社から 特例子会社への 出資の状況	(イ) 直近の事業年度の末日にお ける特例子会社の資本金の額	(ロ) (イ)のうち関係会社から特 例子会社への出資金の額	(ハ) $\frac{(ロ)}{(イ)} \times 100$	%
	万円	万円		

第五条 (社会福祉士介護福祉士養成施設指定規則第五条第六号及び社会福祉士介護福祉士学校指定規則第五条第六号に規定する厚生労働大臣が別に定める基準の一部を次のように改正する。  
 社会福祉士介護福祉士養成施設指定規則第五条第六号及び社会福祉士介護福祉士学校指定規則第五条第六号に規定する厚生労働大臣が別に定める基準(平成十三年厚生労働省告示第二百四十一号)  
 の一部を次のように改正する。  
 別記様式を次のように改める。

別記様式

介護教員講習会修了証

フリガナ		生年月日	
氏 名			
住 所			

上記の者は、社会福祉士介護福祉士養成施設指定規則(昭和 62 年厚生省令第 50 号)第 5 条第 6 号又は社会福祉士介護福祉士学校指定規則(平成 20 年厚生労働省令第 2 号)第 5 条第 6 号に規定する講習会の課程について、次のとおり修了したことを証明する。

科 目 名	時 間 数
合 計	

令 和 年 月 日

所 在 地

法 人 ・ 機 関 名

法 人 ・ 機 関 代 表 者 名



第六條 (簡易専用水道の管理に係る検査の方法その他必要な事項の一部改正)  
 簡易専用水道の管理に係る検査の方法その他必要な事項(平成十五年厚生労働省告示第二百六十二号)の一部を次のように改正する。  
 別記様式中「平成」を「令和」に改める。

第七條 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令第七條第三項の規定に基づき厚生労働大臣が定める様式の一部改正  
様式第一中「[付添]」を「[抄送]」に改める。  
様式第二及び様式第三を次のように改める。

様式第二(一)

<p>○ 診療報酬明細書 (医科入院)</p> <p>令和 年 月 分</p>										都道府県番号		医療機関コード		<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>1 社・国</td> <td>3 後期</td> <td>1 単独</td> <td>1 本入</td> <td>7 高入一</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>2 公費</td> <td>4 退職</td> <td>2 2 併</td> <td>3 六入</td> <td>9 高入7</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td></td> <td></td> <td>3 3 併</td> <td>5 家入</td> <td></td> </tr> </table>		1	1 社・国	3 後期	1 単独	1 本入	7 高入一	2	2 公費	4 退職	2 2 併	3 六入	9 高入7	3			3 3 併	5 家入		<table border="1"> <tr> <td>給付割合</td> <td>10 9 8</td> </tr> <tr> <td></td> <td>7 ( )</td> </tr> </table>		給付割合	10 9 8		7 ( )																																																																																																													
1	1 社・国	3 後期	1 単独	1 本入	7 高入一																																																																																																																																															
2	2 公費	4 退職	2 2 併	3 六入	9 高入7																																																																																																																																															
3			3 3 併	5 家入																																																																																																																																																
給付割合	10 9 8																																																																																																																																																			
	7 ( )																																																																																																																																																			
<table border="1"> <tr> <td>公費負担者番号①</td> <td></td> <td>公費負担医療の受給者番号①</td> <td></td> </tr> <tr> <td>公費負担者番号②</td> <td></td> <td>公費負担医療の受給者番号②</td> <td></td> </tr> </table>										公費負担者番号①		公費負担医療の受給者番号①		公費負担者番号②		公費負担医療の受給者番号②		<table border="1"> <tr> <td>保険者番号</td> <td></td> <td>被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号</td> <td></td> </tr> </table>				保険者番号		被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号																																																																																																																												
公費負担者番号①		公費負担医療の受給者番号①																																																																																																																																																		
公費負担者番号②		公費負担医療の受給者番号②																																																																																																																																																		
保険者番号		被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号																																																																																																																																																		
<table border="1"> <tr> <td>区分</td> <td>精神</td> <td>結核</td> <td>療養</td> <td>特記事項</td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td colspan="3"></td> <td>保険医療機関の所在地及び名称</td> </tr> <tr> <td>性別</td> <td>1男 2女</td> <td>1明 2大 3昭 4平 5令</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>職務上の事由</td> <td colspan="3">1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害</td> <td></td> </tr> </table>										区分	精神	結核	療養	特記事項	氏名				保険医療機関の所在地及び名称	性別	1男 2女	1明 2大 3昭 4平 5令			職務上の事由	1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害																																																																																																																										
区分	精神	結核	療養	特記事項																																																																																																																																																
氏名				保険医療機関の所在地及び名称																																																																																																																																																
性別	1男 2女	1明 2大 3昭 4平 5令																																																																																																																																																		
職務上の事由	1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害																																																																																																																																																			
<table border="1"> <tr> <td>傷病名</td> <td>(1)</td> <td>診療開始日</td> <td>(1) 年 月 日</td> <td>転</td> <td>治ゆ</td> <td>死亡</td> <td>中止</td> <td>診療実日数</td> <td>①公費</td> <td>②公費</td> </tr> <tr> <td></td> <td>(2)</td> <td></td> <td>(2) 年 月 日</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>(3)</td> <td></td> <td>(3) 年 月 日</td> <td>帰</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>										傷病名	(1)	診療開始日	(1) 年 月 日	転	治ゆ	死亡	中止	診療実日数	①公費	②公費		(2)		(2) 年 月 日									(3)		(3) 年 月 日	帰																																																																																																																
傷病名	(1)	診療開始日	(1) 年 月 日	転	治ゆ	死亡	中止	診療実日数	①公費	②公費																																																																																																																																										
	(2)		(2) 年 月 日																																																																																																																																																	
	(3)		(3) 年 月 日	帰																																																																																																																																																
<table border="1"> <tr> <td>1 1</td> <td>初 診</td> <td>時間外・休日・深夜</td> <td>回</td> <td>点</td> <td>公費分点数</td> </tr> <tr> <td>1 3</td> <td>医学管理</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1 4</td> <td>在宅</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2 0</td> <td>投 薬</td> <td>21 内服 22 屯服 23 外用 24 調剤 26 麻毒 27 調基</td> <td>単位 単位 単位 日 日 日</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3 0</td> <td>注射</td> <td>31 皮下 32 静脈 33 その他</td> <td>回 回 回</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4 0</td> <td>処置</td> <td>薬 剤</td> <td>回</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5 0</td> <td>手術</td> <td>麻酔 薬 剤</td> <td>回</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>6 0</td> <td>検査</td> <td>理 薬 剤</td> <td>回</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>7 0</td> <td>画像</td> <td>診 断 薬 剤</td> <td>回</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>8 0</td> <td>その他</td> <td>薬 剤</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>9 0</td> <td>入院</td> <td>入院年月日 年 月 日 病 診 90 入院基本料・加算 × 日間 × 日間 × 日間 × 日間 × 日間 92 特定入院料・その他</td> <td>点</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="6"> <table border="1"> <tr> <td>※高額療養費</td> <td>円</td> <td>※公費負担点数</td> <td>点</td> </tr> <tr> <td>9 7 基準</td> <td>円× 回</td> <td>※公費負担点数</td> <td>点</td> </tr> <tr> <td>特別</td> <td>円× 回</td> <td>基準(生)</td> <td>円× 回</td> </tr> <tr> <td>食事・生活</td> <td>円× 日</td> <td>特別(生)</td> <td>円× 回</td> </tr> <tr> <td>環境</td> <td>円× 日</td> <td>減・免・猶・I・II・3月超</td> <td></td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="10"> <table border="1"> <tr> <td>療養の給付</td> <td>請求点</td> <td>※決定点</td> <td>負担金額</td> <td>円</td> <td>保険</td> <td>回</td> <td>請求</td> <td>円</td> <td>※決定</td> <td>円</td> <td>(標準負担額)</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>公費①</td> <td>点</td> <td>※</td> <td>減額 割(円)免除・支払猶予</td> <td>円</td> <td>食・生活</td> <td>回</td> <td>円</td> <td>※</td> <td>円</td> <td></td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>公費②</td> <td>点</td> <td>※</td> <td></td> <td>円</td> <td>公費①</td> <td>回</td> <td>円</td> <td>※</td> <td>円</td> <td></td> <td>円</td> </tr> </table> </td> </tr> </table>										1 1	初 診	時間外・休日・深夜	回	点	公費分点数	1 3	医学管理					1 4	在宅					2 0	投 薬	21 内服 22 屯服 23 外用 24 調剤 26 麻毒 27 調基	単位 単位 単位 日 日 日			3 0	注射	31 皮下 32 静脈 33 その他	回 回 回			4 0	処置	薬 剤	回			5 0	手術	麻酔 薬 剤	回			6 0	検査	理 薬 剤	回			7 0	画像	診 断 薬 剤	回			8 0	その他	薬 剤				9 0	入院	入院年月日 年 月 日 病 診 90 入院基本料・加算 × 日間 × 日間 × 日間 × 日間 × 日間 92 特定入院料・その他	点			<table border="1"> <tr> <td>※高額療養費</td> <td>円</td> <td>※公費負担点数</td> <td>点</td> </tr> <tr> <td>9 7 基準</td> <td>円× 回</td> <td>※公費負担点数</td> <td>点</td> </tr> <tr> <td>特別</td> <td>円× 回</td> <td>基準(生)</td> <td>円× 回</td> </tr> <tr> <td>食事・生活</td> <td>円× 日</td> <td>特別(生)</td> <td>円× 回</td> </tr> <tr> <td>環境</td> <td>円× 日</td> <td>減・免・猶・I・II・3月超</td> <td></td> </tr> </table>						※高額療養費	円	※公費負担点数	点	9 7 基準	円× 回	※公費負担点数	点	特別	円× 回	基準(生)	円× 回	食事・生活	円× 日	特別(生)	円× 回	環境	円× 日	減・免・猶・I・II・3月超		<table border="1"> <tr> <td>療養の給付</td> <td>請求点</td> <td>※決定点</td> <td>負担金額</td> <td>円</td> <td>保険</td> <td>回</td> <td>請求</td> <td>円</td> <td>※決定</td> <td>円</td> <td>(標準負担額)</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>公費①</td> <td>点</td> <td>※</td> <td>減額 割(円)免除・支払猶予</td> <td>円</td> <td>食・生活</td> <td>回</td> <td>円</td> <td>※</td> <td>円</td> <td></td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>公費②</td> <td>点</td> <td>※</td> <td></td> <td>円</td> <td>公費①</td> <td>回</td> <td>円</td> <td>※</td> <td>円</td> <td></td> <td>円</td> </tr> </table>										療養の給付	請求点	※決定点	負担金額	円	保険	回	請求	円	※決定	円	(標準負担額)	円	公費①	点	※	減額 割(円)免除・支払猶予	円	食・生活	回	円	※	円		円	公費②	点	※		円	公費①	回	円	※	円		円
1 1	初 診	時間外・休日・深夜	回	点	公費分点数																																																																																																																																															
1 3	医学管理																																																																																																																																																			
1 4	在宅																																																																																																																																																			
2 0	投 薬	21 内服 22 屯服 23 外用 24 調剤 26 麻毒 27 調基	単位 単位 単位 日 日 日																																																																																																																																																	
3 0	注射	31 皮下 32 静脈 33 その他	回 回 回																																																																																																																																																	
4 0	処置	薬 剤	回																																																																																																																																																	
5 0	手術	麻酔 薬 剤	回																																																																																																																																																	
6 0	検査	理 薬 剤	回																																																																																																																																																	
7 0	画像	診 断 薬 剤	回																																																																																																																																																	
8 0	その他	薬 剤																																																																																																																																																		
9 0	入院	入院年月日 年 月 日 病 診 90 入院基本料・加算 × 日間 × 日間 × 日間 × 日間 × 日間 92 特定入院料・その他	点																																																																																																																																																	
<table border="1"> <tr> <td>※高額療養費</td> <td>円</td> <td>※公費負担点数</td> <td>点</td> </tr> <tr> <td>9 7 基準</td> <td>円× 回</td> <td>※公費負担点数</td> <td>点</td> </tr> <tr> <td>特別</td> <td>円× 回</td> <td>基準(生)</td> <td>円× 回</td> </tr> <tr> <td>食事・生活</td> <td>円× 日</td> <td>特別(生)</td> <td>円× 回</td> </tr> <tr> <td>環境</td> <td>円× 日</td> <td>減・免・猶・I・II・3月超</td> <td></td> </tr> </table>						※高額療養費	円	※公費負担点数	点	9 7 基準	円× 回	※公費負担点数	点	特別	円× 回	基準(生)	円× 回	食事・生活	円× 日	特別(生)	円× 回	環境	円× 日	減・免・猶・I・II・3月超																																																																																																																												
※高額療養費	円	※公費負担点数	点																																																																																																																																																	
9 7 基準	円× 回	※公費負担点数	点																																																																																																																																																	
特別	円× 回	基準(生)	円× 回																																																																																																																																																	
食事・生活	円× 日	特別(生)	円× 回																																																																																																																																																	
環境	円× 日	減・免・猶・I・II・3月超																																																																																																																																																		
<table border="1"> <tr> <td>療養の給付</td> <td>請求点</td> <td>※決定点</td> <td>負担金額</td> <td>円</td> <td>保険</td> <td>回</td> <td>請求</td> <td>円</td> <td>※決定</td> <td>円</td> <td>(標準負担額)</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>公費①</td> <td>点</td> <td>※</td> <td>減額 割(円)免除・支払猶予</td> <td>円</td> <td>食・生活</td> <td>回</td> <td>円</td> <td>※</td> <td>円</td> <td></td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>公費②</td> <td>点</td> <td>※</td> <td></td> <td>円</td> <td>公費①</td> <td>回</td> <td>円</td> <td>※</td> <td>円</td> <td></td> <td>円</td> </tr> </table>										療養の給付	請求点	※決定点	負担金額	円	保険	回	請求	円	※決定	円	(標準負担額)	円	公費①	点	※	減額 割(円)免除・支払猶予	円	食・生活	回	円	※	円		円	公費②	点	※		円	公費①	回	円	※	円		円																																																																																																						
療養の給付	請求点	※決定点	負担金額	円	保険	回	請求	円	※決定	円	(標準負担額)	円																																																																																																																																								
公費①	点	※	減額 割(円)免除・支払猶予	円	食・生活	回	円	※	円		円																																																																																																																																									
公費②	点	※		円	公費①	回	円	※	円		円																																																																																																																																									

備考 1. この用紙は、A列4番とすること。  
2. ※印の欄は、記入しないこと。

様式第二(一一)

診療報酬明細書 (医科入院外)

都道府県番号 医療機関コード

令和 年 月 分

Table with columns for insurance type (1 社・国, 2 公費), period (3 後期, 4 退職), and payment method (1 単独, 2 2併, 3 3併, 2 本外, 4 六外, 6 家外, 8 高外, 0 高外7)

Table for payer information (公費負担者番号 ①, ②) and recipient information (公費負担医療の受給者番号 ①, ②)

Table for insurance number (保険者番号) and payment ratio (給付割合)

Table for insured person details (被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号)

Table for patient name (氏名) and sex (1 男, 2 女) and birth date (1 明, 2 大, 3 昭, 4 平, 5 令)

Table for special notes (特記事項) and insurance institution location (保険医療機関の所在地及び名称)

Table for medical history (傷病名) and treatment start date (診療開始日)

Table for treatment details (転治, 死亡, 中止, 診療実日数, 保険公費①, 公費②)

Main table for medical services (1 初診, 1 2 再診, 1 3 医学管理, 1 4 在宅, 2 0 投薬, 3 0 注射, 4 0 処置, 5 0 手術, 6 0 検査, 7 0 画像, 8 0 その他)

Summary table for charges (療養の公費①, 公費②) and insurance payment (療養の公費①, 公費②)

備考 1. この用紙は、A列4番とすること。 2. ※印の欄は、記入しないこと。

様式第三

診療報酬明細書

都道府県番号 医療機関コード

Table with 8 columns: 3 歯科, 1 社・国 2 公費, 3 後期 4 退職, 1 単独 2 2併 3 3併, 2 本外 4 六外 6 家外, 8 高外一 0 高外7, 10987( )

令和 年 月 分

Table with 2 columns: 公費負担者番号, 公費負担医療の受給者番号

Table with 2 columns: 保険者番号, 被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号

Table with 2 columns: 氏名 (1男 2女 1明 2大 3昭 4平 5令 . . . 生), 職務上の事由 (1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害)

Table with 2 columns: 補管 歯初診, 保険医療機関の所在地及び名称

Table with 2 columns: 傷病名部位, 診療開始日 (年 月 日), 診療日数 (日(日)), 転帰 (治癒 死亡 中止)

Main procedure table with columns: 初診, 再診, 管理・リハ, 投薬・注射, X線検査, 処置・手術, 麻酔, 補診, 歯冠形成, 支台印像, 修復及び欠損補綴, その他

Main procedure table (continued) with columns: 補診, 歯冠形成, 支台印像, 修復及び欠損補綴, その他

Summary table with columns: 公費分請求点数, 患者負担額(公費), 高額療養費, 合計, 決定, 一部負担金額, 免除・支払猶予





様式第十

様式第六から様式第九までの様式中「五号」を「令五」に改める。  
様式第十を次のように改める。

**○ 診療報酬明細書**  
(医科入院医療機関別包括評価用)

都道府県番号: \_\_\_\_\_ 医療機関コード: \_\_\_\_\_

令和 年 月 分

1 1社・国 2 公費	3 後期 4 退職	1 単独 2 2併 3 3併	1 本入 3 六入 5 家人	7 高入一 9 高入7
----------------	--------------	----------------------	----------------------	----------------

保険者番号: \_\_\_\_\_ 給付割合: 10 9 8  
7 ( )

被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号: \_\_\_\_\_

公費負担者番号①	公費負担医療の受給者番号①
公費負担者番号②	公費負担医療の受給者番号②

氏名: \_\_\_\_\_ 特記事項: \_\_\_\_\_

1男 2女 1明 2大 3昭 4平 5令 . . . 生

職務上の事由: 1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害

分類番号: \_\_\_\_\_ 診断群分類区分: \_\_\_\_\_

傷病名: \_\_\_\_\_ ICD 10: \_\_\_\_\_ 傷病名: \_\_\_\_\_  
副傷病名: \_\_\_\_\_ 副傷病名: \_\_\_\_\_

今回入院年月日: 令和 年 月 日 今回退院年月日: 令和 年 月 日

傷病情報	包括評価部分
入退院情報	出来高部分
患者基礎情報	
診療関連情報	

※高額療養費 円 ※公費負担点数 点  
食 基準特別食堂 円× 回 ※公費負担点数 点  
食 円× 回  
食 円× 日

減・免・猶・I・II・3月超

保 請 求 点 ※ 決 定 点	負 担 金 額 円	保 回 請 求 円	※ 決 定 円	(標準負担額)円
療 養 の 給 付	減 額 割 (円) 免 除 ・ 支 払 猶 子	食 回 請 求 円	円	円
公 費 ① 公 費 ②	円	療 養 費 ① 公 費 ②	円	円

第八条 (訪問看護療養費及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令第二条の規定に基づき厚生労働大臣が定める様式の一部改正)  
様式第一から様式第三までの様式中「五号」を「令五」に改める。

様式第四を次のように改める。

○ 訪問看護療養費明細書 都道府県番号 訪問看護ステーションコード

令和 年 月 分

6	1	社・国	3	後	期	1	単	独	2	本	人	8	高	一	
訪問	2	公	費	4	退	職	3	3	併	6	家	族	0	高	7

給付 10 9 8  
7 ( )

被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号

訪問看護ステーションの住所及び名称

職務上の事由 1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害

主治医の属する医療機関の名称

主治医の氏名

実日数 ① 公費 ② 公費

訪問開始年月日 年 月 日

訪問終了年月日時刻 年 月 日 午前・午後 時 分

訪問終了の状況 1 軽快 2 施設 3 医療機関 4 死亡 5 その他 ( )

死亡の状況 時刻 年 月 日 午前・午後 時 分  
場所 1 自宅 2 施設 3 病院 4 診療所 5 その他 ( )

指示期間 (特別指示期間) 年月日～年月日 / 年月日～年月日  
精神指示期間 年月日～年月日 / 年月日～年月日  
(精神特別指示期間) 年月日～年月日 / 年月日～年月日

⑩ 基本療養費 (I) 及び (II) (公費分金額)

基	⑪ 看護師等 (週3日目まで)	円 × 日	円	円
	理学療法士等 (週3日目まで)	円 × 日	円	円
	⑫ 准看護師 (週3日目まで)	円 × 日	円	円
	⑬ 看護師等 (週4日目以降)	円 × 日	円	円
本	(3人以上) (週3日目まで)	円 × 日	円	円
	理学療法士等 (週4日目以降)	円 × 日	円	円
	(3人以上) (週3日目まで)	円 × 日	円	円
	⑭ 准看護師 (週3日目まで)	円 × 日	円	円
療	(3人以上) (週4日目以降)	円 × 日	円	円
	⑮ 難病等複数回訪問加算	円 × 日	円	円
	⑯ 緊急訪問看護加算	円 × 日	円	円
	⑰ 長時間訪問看護加算	円 × 日	円	円
	⑱ 乳幼児加算	円 × 日	円	円
	⑲ 複数名訪問看護加算	円 × 日	円	円
養	看護師等	円 × 日	円	円
	理学療法士等	円 × 日	円	円
	准看護師	円 × 日	円	円
	看護補助者 (ハ)	円 × 日	円	円
	看護補助者 (ニ) (1日1回)	円 × 日	円	円
	(1日2回)	円 × 日	円	円
	(1日3回以上)	円 × 日	円	円
	⑳ 夜間・早朝訪問看護加算	円 × 日	円	円
	㉑ 深夜訪問看護加算	円 × 日	円	円
費	基本療養費 (III)	円 × 回	円	円
	⑳ 看護師等	円 × 回	円	円
	㉒ 理学療法士等	円 × 回	円	円
50	管理療養費	円 × 日	円	円
管	㉓ 24時間対応体制加算	円	円	円
	㉔ 特別管理加算	円	円	円
理	㉕ 退院時共同指導加算	円 × 回	円	円
	㉖ 特別管理指導加算	円 × 回	円	円
療	㉗ 退院支援指導加算	円	円	円
	㉘ 在宅患者連携指導加算	円	円	円
養	㉙ 在宅患者緊急時等カンファレンス加算	円 × 回	円	円
	㉚ 精神科重症患者支援管理連携加算	円	円	円
費	㉛ 看護・介護職員連携強化加算	円	円	円
60	情報提供療養費	円	円	円
70	ターミナルケア療養費	円	円	円

主治医への直近報告年月日 年 月 日

情報提供先 1 市(区)町村等 2 学校 3 医療機関等

訪問日

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

特記事項 1 他① 2 他② 3 従 4 特 5 介 6 支 7 同一日 8 同一緊急 9 退支 10 連

負担金額 円 ※高額療養費 減額 割 (円) 免除・支払い猶予 円 ※公費負担金額 円 備考

合計 ① 公費 円 ※公費負担金額 円 ② 公費 円 ※公費負担金額 円

備考 1. この用紙は、A列4番とすること。 2. ※印の欄は、記入しないこと。

別記様式

社会福祉士実習演習担当教員講習会修了証

フリガナ		生年月日	
氏名			
住所			

上記の者は、社会福祉士介護福祉士養成施設指定規則(昭和 62 年厚生省令第 50 号)第 3 条第 1 号ト(4)、社会福祉士介護福祉士学校指定規則(平成 20 年<sup>文部科学省</sup>厚生労働省令第 2 号)第 3 条第 1 号ト(4)又は社会福祉に関する科目を定める省令(平成 20 年<sup>文部科学省</sup>厚生労働省令第 3 号)第 4 条第 2 号ニに規定する講習会の課程について、次のとおり修了したことを証明する。

科目名	時間数
合計	

令和 年 月 日

所在地

法人・機関名

法人・機関代表者名



(社会福祉士介護福祉士養成施設指定規則第三条第一号ト(4)、社会福祉士介護福祉士学校指定規則第三条第一号ト(4)及び社会福祉に関する科目を定める省令第四条第二号ニに規定する厚生労働大臣が別に定める基準の一部改正)  
 第九条 社会福祉士介護福祉士養成施設指定規則第三条第一号ト(4)、社会福祉士介護福祉士学校指定規則第三条第一号ト(4)及び社会福祉に関する科目を定める省令第四条第二号ニに規定する厚生労働大臣が別に定める基準(平成二十年厚生労働省告示第五百十六号)の一部を次のように改正する。  
 別記様式を次のように改める。

別記様式

社会福祉士実習指導者講習会修了証

フリガナ		生年月日	
氏名			
住所			

上記の者は、社会福祉士介護福祉士養成施設指定規則(昭和 62 年厚生省令第 50 号)第 3 条第 1 号ワ、社会福祉士介護福祉士学校指定規則(平成 20 年 文部科学省  
厚生労働省 令第 2 号)第 3 条第 1 号ワ又は社会福祉に関する科目を定める省令(平成 20 年 文部科学省  
厚生労働省 令第 3 号)第 4 条第 7 号に規定する講習会の課程について、次のとおり修了したことを証明する。

科目名	時間数
合計	

令和 年 月 日

所在地

法人・機関名

法人・機関代表者名



(社会福祉士介護福祉士養成施設指定規則第三条第一号ワ、社会福祉士介護福祉士学校指定規則第三条第一号ワ及び社会福祉に関する科目を定める省令第四条第七号に規定する厚生労働大臣が別に定める基準の一部改正)  
 第十条 社会福祉士介護福祉士養成施設指定規則第三条第一号ワ、社会福祉士介護福祉士学校指定規則第三条第一号ワ及び社会福祉に関する科目を定める省令第四条第七号に規定する厚生労働大臣が別に定める基準(平成二十年厚生労働省告示第五百十八号)の一部を次のように改正する。  
 別記様式を次のように改める。

別記様式

介護福祉士実習指導者講習会修了証

フリガナ		生年月日	
氏 名			
住 所			

上記の者は、社会福祉士介護福祉士養成施設指定規則(昭和 62 年厚生省令第 50 号)第 5 条第 14 号ロ又は社会福祉士介護福祉士学校指定規則(平成 20 年 文部科学省 厚生労働省 令第 2 号)第 5 条第 14 号ロに規定する講習会の課程について、次のとおり修了したことを証明する。

科 目 名	時 間 数
合 計	

令 和 年 月 日

所 在 地

法 人 ・ 機 関 名

法 人 ・ 機 関 代 表 者 名



(社会福祉士介護福祉士養成施設指定規則第五第十四号ロ及び社会福祉士介護福祉士学校指定規則第五第十四号ロに規定する厚生労働大臣が別に定める基準の一部改正)  
 第十一條 社会福祉士介護福祉士養成施設指定規則第五第十四号ロ及び社会福祉士介護福祉士学校指定規則第五第十四号ロに規定する厚生労働大臣が別に定める基準(平成二十年厚生労働省告示第五百十九号)の一部を次のように改正する。  
 別記様式を次のように改める。

(様式第一号)

令和 年 月 日 受付

## 国立ハンセン病療養所等死没者改葬費支給請求書兼振込依頼書

厚生労働大臣 殿

令和 年 月 日 提出

(ふりがな)			明治 大正 昭和 平成 令和	年 月 日生	男・女	
氏 名 (本 名)			印			
住 所	〒 _____					
電 話						
死亡者の氏名 (本名及び園名(園 において使用して いた通称名))	施 設 名	入 所 期 間 (入所日～死亡日について、年月日を記入してくだ さい。)				
死亡者と請求者との身分関係						
改葬を行った年月日		令和 年 月 日				
死 亡 等 に 関 す る 証 明	死亡者の氏名(本名及び園名)					
	死亡した年月日		令和 年 月 日			
	焼骨引渡年月日					
	上記のとおり相違ないことを証明します。  (ハンセン病療養所長) 住 所 〒 _____ 氏 名 _____ 印 電 話 _____		令和 年 月 日			
金 融 機 関 *1	①	名 称	※金融機関店舗コード			
			銀行・金庫 農協・漁協・信組		本店・ 支店・支所	
	②	所 在 地	都道 府県	市郡 区		
		通帳の記号番号	普通・当座	第	号	
③	フリガナ	-----				
	口座名義人氏名	-----				

\*1 金融機関は日本銀行に登録済みの金融機関の本店・支店・支所に限ります。

口座振込みを希望する方は①と③を、郵便貯金銀行の営業所等における窓口での支払いを希望する方は①と②を記入してください。

※の欄は記入する必要はありません。また、太線内についても請求者が記入する必要はありませんが、請求者が焼骨を収蔵しているハンセン病療養所長の証明を得てください。

※区 分:

第十二条 (国立ハンセン病療養所等死没者改葬費支給規程の一部改正)  
国立ハンセン病療養所等死没者改葬費支給規程(平成二十一年厚生労働省告示第二百三十八号)の一部を次のように改正する。  
様式第一号を次のように改める。

(様式第二号)

## 決 定 通 知 書

通知書番号第 号

令和 年 月 日

殿

国立ハンセン病療養所等死没者改葬費支給規程(平成21年厚生労働省告示第238号)に基づいて、下記のとおり決定したので通知します。

厚生労働大臣

改葬費の支給・不支給

支 給 ・ 不支給

改葬費の額

金 5万円

不支給の理由

上記の改葬費に関する決定に不服があるときは、この通知書を受けた日の翌日から起算して3か月以内に、書面で、厚生労働大臣に対して審査請求をすることができます。

なお、この決定の取消しの訴えは、この通知書を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、国を被告として(訴訟において国を代表する者は法務大臣)提起することができます(なお、通知書を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、決定の日から1年を経過すると決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。)



別記様式

精神保健福祉士実習指導者講習会修了証

フリガナ		生年月日	
氏 名			
住 所			

上記の者は、精神保健福祉士短期養成施設等及び精神保健福祉士一般養成施設等指定規則(平成 10 年厚生省令第 12 号)第 5 条第 1 号ヲ及び精神障害者の保健及び福祉に関する科目を定める省令(平成 23 年<sup>文部科学省</sup>厚生労働省<sup>省</sup>令第 3 号)第 1 条第 8 項に規定する講習会の課程について、次のとおり修了したことを証明する。

科目名	時間数
合計	

令和 年 月 日

所在地

法人・機関名

法人・機関代表者名

印

第十三条 (精神保健福祉士短期養成施設等及び精神保健福祉士一般養成施設等指定規則第五条第一号ヲ及び精神障害者の保健及び福祉に関する科目を定める省令第一条第八項に規定する厚生労働大臣が別に定める基準の一部改正)  
 第十三条 精神保健福祉士短期養成施設等及び精神保健福祉士一般養成施設等指定規則第五条第一号ヲ及び精神障害者の保健及び福祉に関する科目を定める省令第一条第八項に規定する厚生労働大臣が別に定める基準(平成二十三年厚生労働省告示第二百七十九号)の一部を次のように改正する。  
 別記様式を次のように改める。

（精神保健福祉士短期養成施設等及び精神保健福祉士一般養成施設等指定規則第五条第一号ト(4)及び精神障害者の保健及び福祉に関する科目を定める省令第一条第三項第四号に規定する厚生労働大臣が別に定める基準の一部改正）

第十四条 精神保健福祉士短期養成施設等及び精神保健福祉士一般養成施設等指定規則第五条第一号ト(4)及び精神障害者の保健及び福祉に関する科目を定める省令（平成 23 年 文部科学省 厚生労働省 令第 3 号）第 1 条第 3 項第 4 号に規定する講習会の課程について、次のとおり修了したことを証明する。

別記様式を次のように改める。

別記様式

精神保健福祉士実習演習担当教員講習会修了証

フリガナ		生年月日	
氏名			
住所			

上記の者は、精神保健福祉士短期養成施設等及び精神保健福祉士一般養成施設等指定規則（平成 10 年厚生省令第 12 号）第 5 条第 1 号ト(4) 及び精神障害者の保健及び福祉に関する科目を定める省令（平成 23 年 文部科学省 厚生労働省 令第 3 号）第 1 条第 3 項第 4 号に規定する講習会の課程について、次のとおり修了したことを証明する。

科目名	時間数
合計	

令和 年 月 日

所在地

法人・機関名

法人・機関代表者名

印

（社会福祉士介護福祉士養成施設指定規則第七条の二第一号ホ及び社会福祉士介護福祉士学校指定規則第七条の二第一号ホに規定する厚生労働大臣が別に定める基準の一部改正）  
 第十五条 社会福祉士介護福祉士養成施設指定規則第七条の二第一号ホ及び社会福祉士介護福祉士学校指定規則第七条の二第一号ホに規定する厚生労働大臣が別に定める基準（平成二十三年厚生労働省告示第四百十四号）の一部を次のように改正する。  
 別記様式を次のように改める。

附 則

（適用期日）

第一条 この告示は、告示の日から適用する。

（経過措置）

2 第二条 この告示による改正前のそれぞれの告示で定める様式（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それぞれの告示で定める様式によるものとみなす。  
 旧様式による用紙については、合理的に必要と認められる範囲内で、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

別記様式

実務者研修教員講習会修了証

フリガナ		生年月日	
氏 名			
住 所			

上記の者は、社会福祉士介護福祉士養成施設指定規則（昭和 62 年厚生省令第 50 号）第 7 条の 2 第 1 号ホ又は社会福祉士介護福祉士学校指定規則（平成 20 年<sup>文部科学省</sup>令第 2 号）<sup>厚生労働省</sup>第 7 条の 2 第 1 号ホに規定する講習会の課程について、次のとおり修了したことを証明する。

科 目 名	時 間 数
合 計	

令和 年 月 日

所 在 地

法 人 ・ 機 関 名

法人・機関代表者名

印