

基 発 0910 第 1 号

平成 30 年 9 月 10 日

都道府県労働局長 殿

厚生労働省労働基準局長

( 公 印 省 略 )

平成 30 年北海道胆振地方中東部を震源とする地震に関する  
労災診療費等の請求の取扱いについて

平成 30 年北海道胆振地方中東部を震源とする地震（以下「地震等」という。）による被災に関する労災診療費等の請求の事務については、地震等の影響から診療録等が滅失又は棄損し、労災診療費等を請求することが困難な医療機関に対し、下記のとおり特例措置を講じることとしたので、遺漏なきを期されたい。

記

1 平成 30 年 8 月診療分に係る労災診療費等の請求について

平成 30 年 8 月診療分に係る労災診療費等の請求については、地震等による被災により診療録等を滅失又は棄損した場合の対応として、下記の場合において、下記 2 による特例の請求（以下「特例請求」という。）を行うことができるものとする。

・診療録等の滅失等の場合の特例請求

今回の地震等により、診療録等を滅失又は棄損した労災保険指定医療機関、労災保険指定薬局及び労災保険指定訪問看護事業者（以下「指定医療機関等」という。）は、平成 30 年 8 月診療等分について特例請求を行うことができるものであること。

上記による場合以外については、下記 3 により労災診療費等の請求を行うものとする。

2 特例請求を行う場合の取扱いについて

(1) 特例請求を選択する指定医療機関等については、やむを得ない事情がある場合を除き、平成 30 年 9 月 14 日までに別紙の「労働者災害補償保険診療費等特例請求書」（以下「特例請求書」という。）に診療実日数等の必要事項を記入の上、その所在地を管轄する都道府県労働局長に提出すること。

(2) 特例請求額の算出方法

原則として、平成 30 年 5 月診療等分から平成 30 年 7 月診療等分までの労災診療費等支払実績により（当該指定医療機関等について特別な事情がある場合には、別途指定医療機関等と調整をする。）、下記の①及び②により算出し、それを合計して支払を行うこととなるため、指定医療機関等においては、特例請求書に当該指定医療機関等の平成 30 年 8 月の入院、外来別の診療実日数（※）を合わせて記入すること。

なお、労災保険指定薬局及び労災保険指定訪問看護事業者については、外来分として取り扱うものとする。

① 入院分

$$\frac{\text{平成 30 年 5 月～平成 30 年 7 月 入院分労災診療費等支払額}}{92 \text{ 日}} \times \text{平成 30 年 8 月の入院診療 実日数 (※)}$$

② 外来分

$$\frac{\text{平成 30 年 5 月～平成 30 年 7 月 外来分労災診療費等支払額}}{75 \text{ 日}} \times \text{平成 30 年 8 月の外来診療 実日数 (※)}$$

(3) 特例請求を選択した指定医療機関等については、当該特例請求額をもって平成 30 年 8 月診療分の労災診療費等支払額を確定するものであること。

3 通常の方法による請求を行う場合の取扱いについて

平成 30 年 8 月診療分（9 月提出分）に係る診療費請求書等の提出期限については、災害救助法の適用地域に所在する指定医療機関等に限り、平成 30 年 9 月 12 日とすること。

また、提出期限に遅れたものについては、翌月以降に提出するものとする。なお、薬剤費及び訪問看護費用の請求についても同様の取扱いとすること。

#### 4 その他

- (1) 特例請求の機械処理等に当たっての詳細については、別途指示するところによること。
  
- (2) 本件取扱いについては、関係機関と連携の上、管内の指定医療機関等に対して周知を徹底すること。

## 労働者災害補償保険診療費等特例請求書（平成 30 年 8 月診療分）

平成 30 年 9 月 10 日付け基発 0910 第 1 号「平成 30 年北海道胆振地方中東部を震源とする地震に関する労災診療費等の請求の取扱いについて」に定める特例請求の要件に該当することから、特例請求の算定方法に基づき、労災診療費等を請求します。

なお、請求額については、厚生労働省が保管する支払記録の平成 30 年 5 月から平成 30 年 7 月までの支給実績に基づき算定することに同意します。

平成 30 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

診療機関等請求人の

労災保険指定医療機関等の番号 \_\_\_\_\_

(可能であれば記入をお願いします。)

郵便番号 (            —            )

住所 (所在地)

名            称

責任者氏名

印

(署名又は記名押印)

電話番号 (            —            —            )

\_\_\_\_ 労働局長 殿

### ・平成 30 年 8 月の診療実日数

【入院・外来別診療実日数】

(外来診療実日数)

8 月分 \_\_\_\_ 日間

(入院診療実日数)

8 月分 \_\_\_\_ 日間