

アフターケア通院費

| | |
|-------------|---|
| <p>目 的</p> | <p>アフターケアを受けている方の経済的負担を軽減するために、アフターケアの通院に要する費用を支給しています。</p> |
| <p>支給対象</p> | <p>① 自宅または勤務先から、鉄道、バス、自家用車などを利用して片道2キロメートル以上、4キロメートル以内にある病院のうち、アフターケアを受けることができる病院へ通院するとき</p> <p>② 片道2キロメートル未満であっても、ケガや病気の状態から鉄道、バス、自家用車などを利用しなければ通院することができないとき</p> <p>③ 自宅または勤務先から、おおよそ4キロメートル以内にアフターケアを受けることができる病院がないため、4キロメートルを超える最寄りのアフターケアを受けることができる病院へ通院するとき</p> <div data-bbox="454 1019 1412 1668" style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p style="text-align: center;">交通機関の利用距離</p> </div> |
| <p>申請先</p> | <p>所属事業場を管轄する都道府県労働局長</p> |
| <p>提出書類</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・ アフターケア通院費支給申請書 ・ 領収書などの通院費の額を証明する書類 <p>申請書は都道府県労働局、労働基準監督署にあります。</p> |

記載例(鉄道)

通院費支給要綱様式第1号

アフターケア通院費支給申請書

| | | | | | | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 標準 | 0 | 5 | ア | カ | タ | ナ | ハ | マ | ヤ | ラ | ワ |
| 字体 | 1 | 6 | イ | キ | 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 |

○濁点、半濁点は一文字として書いてください。(例) カ[・]リ[・]

◎裏面の注意事項を読んでから記載してください。

※印の欄は記入しないでください。(職員が記入します。)

| | | |
|--|--|--|
| 帳票種別 3 7 3 2 0 | ①管轄局 1 3 | ②※未支給 <input type="checkbox"/> 未支給 |
| ⑤健康管理手帳番号 「西暦年」所轄局「傷病番号」振出番号「枝番号」 1 3 1 3 0 1 0 1 2 3 0 0 1 | ③※受付年月日 元年 年 月 日 7平成 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | ④※指定医療機関番号 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| ⑦預金種別 1 普通 3当座 | ⑧口座番号(左詰め。ゆうちょ銀号の場合は、記号(5桁)は左詰め、番号は右詰めで記入し、空欄には「0」を記入。) 1 2 3 4 5 6 7 0 0 0 0 0 0 | ⑥※金融機関コード 「金融機関」店鋪 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| ⑨口座名義人(カタカナ)：姓と名の間は1文字あけてください ロウサ イ タロウ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |

| | | |
|---|----------------|---------------------------|
| 右の欄及び⑦から⑨の欄は、新規若しくは届け出た振込を変更する場合のみ記入してください。 | 口座名義人 労災 太郎 | 金融機関名 ○○ 銀行 金庫 △△ 組合 店 |
|---|----------------|---------------------------|

| 通院日 | 交通手段 | 1日の片道の交通経路・距離 | 金額 |
|---|---------------------------------------|------------------------------|---|
| ⑩ 元号 年 月 日 7平成 7 2 6 1 1 2 1 | 鉄道 バス () | 霞ヶ関 [] [] [] 東京 まで 2.1 km | (1) (170) 円 |
| ⑪ 元号 年 月 日 7平成 7 2 6 1 2 2 4 | 鉄道 バス () | [] [] [] まで km | (2) () 円 |
| ⑫ 元号 年 月 日 7平成 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 鉄道 バス () | [] [] [] まで km | (3) () 円 |
| ⑬ 元号 年 月 日 7平成 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 上記交通経路による通院した片道の合計金額 ((1)+(2)+(3)) | | (4) (170) 円 |
| ⑭ 元号 年 月 日 7平成 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | (5) (4)に記入した交通費の往復合計 ((4)×2) | | (5) ⑮ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 万 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 千 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 百 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 十 円 |
| (6) アフターケア通院費の支給申請額 ((5)×通院日数) 又は領収書の合計 | | | (6) ⑯ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 万 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 千 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 百 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 十 円 |

上記により、平成26年11月から平成26年12月までのアフターケア通院費の支給を申請します。

平成 27 年 1 月 18 日

〒 100 - 8916

申請者の 住所 東京都千代田区霞ヶ関1-2-2

TEL 03 - 1234 - 5678

氏名 労災 太郎 (労災印)

(記名押印又は署名)

東京 労働局長 殿

受付印

アフターケア 名称 ○○病院

実施医療機関の

所在地 東京都千代田区丸の内1-2-3

TEL 03 - 9876 - 5432

記載例 (自家用自動車)

通院費支給要綱様式第1号

アフターケア通院費支給申請書

| | | | | | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 標準 | 0 | 5 | ア | カ | タ | ハ | マ | ヤ | ラ | ワ |
| 字体 | 1 | 6 | イ | キ | シ | チ | ニ | ヒ | ミ | リ |
| | 2 | 7 | ウ | ク | ス | ツ | ヌ | フ | ム | ユ |
| | 3 | 8 | エ | ケ | セ | テ | ネ | ヘ | メ | レ |
| | 4 | 9 | オ | コ | ソ | ト | ノ | ホ | モ | ヨ |

○濁点、半濁点は一文字として書いてください。
(例) カ[・]リ[・]

◎裏面の注意事項を読んでから記載してください。

※印の欄は記入しないでください。(職員が記入します。)

| | | | | |
|--|--|---------------------------------------|--|--|
| 帳票種別 3 7 3 2 0 | ①管轄局 1 3 | ②※未支給 <input type="checkbox"/> 未支給 | ③※受付年月日 元年 年 月 日 7平成 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | ④※指定医療機関番号 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| ⑤健康管理手帳番号 「西暦年」所轄局「傷病番号」振出番号「枝番号」 1 3 1 3 0 1 0 1 2 3 0 0 1 | ⑥※金融機関コード 「金融機関」店鋪 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | ⑦預金種別 1 普通 3 当座 1 2 3 4 5 6 7 0 0 0 0 0 0 |
| ⑧口座番号(左詰め。ゆうちょ銀号の場合は、記号(5桁)は左詰め、番号は右詰めで記入し、空欄には「0」を記入。) 1 2 3 4 5 6 7 0 0 0 0 0 0 | | | | ⑨口座名義人(カタカナ)：姓と名の間は1文字あけてください ロウサ イ タロウ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

| | | |
|---|----------------|---------------------------|
| 右の欄及び⑦から⑨の欄は、新規若しくは届け出た振込を変更する場合のみ記入してください。 | 口座名義人 労災 太郎 | 金融機関名 ○○ 銀行 金庫 △△ 組合 店 |
|---|----------------|---------------------------|

| 通院日 | 交通手段 | 1日の片道の交通経路・距離 | 金額 |
|---|---------------------------------------|-------------------------------|---|
| ⑩ 元号 年 月 日 7平成 7 2 6 1 1 2 1 | 鉄道 バス (自動車) | [自宅] [経由] [○○病院] まで 2.1 km | (1) () 円 |
| ⑪ 元号 年 月 日 7平成 7 2 6 1 2 2 4 | 鉄道 バス () | [] [経由] [] まで km | (2) () 円 |
| ⑫ 元号 年 月 日 7平成 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 鉄道 バス () | [] [経由] [] まで km | (3) () 円 |
| ⑬ 元号 年 月 日 7平成 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 上記交通経路による通院した片道の合計金額 ((1)+(2)+(3)) | | (4) () 円 |
| ⑭ 元号 年 月 日 7平成 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | (5) (4)に記入した交通費の往復合計 ((4)×2) | | (6) ⑮ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| (6) アフターケア通院費の支給申請額 ((5) × 通院日数) 又は領収書の合計 | | | ⑯ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

往復の合計額は、往復の距離(その距離に1キロメートル未満の端数が生じた場合は切り上げる)1キロメートルに37円をかけた金額を記載してください。
(例) 片道2.1km→往復4.2km→端数を切り上げて5km → 5km×37円=185円

上記により、平成 26 年 11 月から平成 26 年 12 月までのアフターケア通院費の

平成 27 年 1 月 18 日

〒 100 - 8916

申請者の住所 東京都千代田区霞ヶ関1-2-2 TEL 03 - 1234 - 5678

氏名 労災 太郎 (労災印)

(記名押印又は署名)

東京 労働局長 殿

受付印

アフターケア 名称 ○○病院
実施医療機関の 所在地 東京都千代田区丸の内1-2-3 TEL 03 - 9876 - 5432

(参考) アフターケア健康管理手帳の新規・更hands続き

| | 傷病名 | 申請期間 | 有効期間 | | 更新時の 診断書の要否 |
|----|--|---|----------------------------------|--|--|
| | | 新規 (治った日の翌日から起算して) | 新規 (交付日から起算して) | 更新 | |
| 1 | せき髄損傷 | いつでも | 3年間 | 5年間 | × |
| 2 | 頭頸部外傷症候群等 ①頭頸部外傷症候群 ②頸肩腕障害 ③腰痛 | 2年間 | 2年間 | 継続不可 | 継続不可 |
| 3 | 尿路系障害 | 3年間 | 3年間 | 1年間 | ○ |
| 4 | 慢性肝炎 | 3年間 | 3年間 | 1年間 | ○ |
| 5 | 白内障等の眼疾患 | 2年間 | 2年間 | 1年間 | ○ |
| 6 | 振動障害 | 2年間 | 2年間 | 1年間 | ○ |
| 7 | 大腿骨頸部骨折及び股関節 脱臼・脱臼骨折 | 3年間 | 3年間 | 1年間 | ○ |
| 8 | 人工関節・人工骨頭置換 | いつでも | 3年間 | 5年間 | × |
| 9 | 慢性化膿性骨髓炎 | 3年間 | 3年間 | 1年間 | ○ |
| 10 | 虚血性心疾患等 | 3年間 (虚血性心疾患) いつでも (ペースメーカ等) | 3年間 | 1年間 (虚血性心疾患) 5年間 (ペースメーカ等) | ○ (虚血性心疾患) × (ペースメーカ等) |
| 11 | 尿路系腫瘍 | 3年間 | 3年間 | 1年間 | ○ |
| 12 | 脳の器質性障害 ①外傷による脳の器質的損傷 ②一酸化炭素中毒 (炭鉱災害によるものを除く) ③減圧症 ④脳血管疾患 ⑤有機溶剤中毒等(一酸化炭素中毒 (炭鉱災害によるものを含む)を除く) | 2年間 (①～③) 3年間 (④、⑤) | 2年間 (①～③) 3年間 (④、⑤) | 1年間 | ○ |
| 13 | 外傷による末梢神経損傷 | 3年間 | 3年間 | 1年間 | ○ |
| 14 | 熱傷 | 3年間 | 3年間 | 1年間 | ○ |
| 15 | サリン中毒 | 3年間 | 3年間 | 1年間 | ○ |
| 16 | 精神障害 | 3年間 | 3年間 | 1年間 | ○ |
| 17 | 循環器障害 | 3年間 (心臓弁損傷及び心膜病変) いつでも (人工弁又は人工血管) | 3年間 | 1年間 (心臓弁損傷及び 心膜病変) 5年間 (人工弁又は 人工血管) | ○ (心臓弁損傷及び 心膜病変) × (人工弁又は 人工血管) |
| 18 | 呼吸機能障害 | 3年間 | 3年間 | 1年間 | ○ |
| 19 | 消化器障害 | 3年間 | 3年間 | 1年間 | ○ |
| 20 | 炭鉱災害による一酸化炭素中毒 | 3年間 | 3年間 | 1年間 | ○ |