



基勞補発第0407002号
平成15年4月7日

都道府県労働局
労働基準部長 殿

厚生労働省労働基準局
労災補償部補償課長
(契印省略)

診療費請求内訳書等の被災労働者等への開示に係る取扱要領の一部改正について

政府管掌健康保険等においては、平成14年11月25日付け庁保険発第38号「遺族に対する診療報酬明細書等の開示の際の保険医療機関等に対する連絡の見直しについて」によって、遺族からの診療報酬明細書等の開示の請求があった場合には、遺族の同意を得た上で、当該事実を保険医療機関等に連絡する取扱いとする見直しを行い、本年3月24日付け庁保険発第12号「診療報酬明細書等の開示に係る取扱要領の改正について」をもって、具体的事務処理を定めた「診療報酬明細書等の開示に係る取扱要領」の一部改正を行ったところである。

ところで、労災保険に係る診療費請求内訳書等の被災労働者等への開示については、平成13年11月5日付け基発第962号「診療費請求内訳書等の被災労働者等への開示について」により、政府管掌健康保険等の取扱いに準じ、取り扱うこととされていることから、平成13年11月5日付け基勞補発第25号「診療費請求内訳書等の被災労働者等への開示に係る取扱要領について」の別添「診療費請求内訳書等の開示に係る取扱要領」（以下「取扱要領」という。）を政府管掌健康保険等の取扱いに準じて取扱うべく、その一部を下記のとおり改めたので、了知の上、その取扱いに遺漏のなきを期されたい。

記

- 1 取扱要領の記の第4の1の(7)の口中「指定医療機関等、指定薬局、労災保険指定訪問看護事業者又は、はり・きゅう施術所」を「指定医療機関等、指定薬局、労災保険指定訪問看護事業者又は、はり・きゅう施術所（以下「医療機関等」という。）」に改める。

2 取扱要領の記の第4の2の(1)の末尾に次を加える。

「また、遺族等には、遺族等の同意が得られれば、医療機関等が照会に円滑に対応できるよう、レセプト等を開示したことを当該医療機関等に連絡する取扱いとなっていることを説明し、医療機関等への連絡について同意するか否かを「開示依頼書」に記入させること。」

3 取扱要領の記の第4の2の(3)を次のように改める。

「(3) コピーレセプト等を交付する場合には、医療機関等に連絡することについて遺族等の同意を得た上で、診療費請求内訳書又はアフターケア内訳書を開示する場合における当該指定医療機関等、薬剤内訳書又はアフターケア内訳書を開示する場合における指定薬局、看護内訳書を開示する場合における指定訪問看護事業者若しくははり・きゅう援護措置内訳書を開示する場合におけるはり・きゅう施術所に対し、「診療費請求内訳書等(レセプト等)の開示について(お知らせ)「遺族の場合」」(別記様式10)によりその旨を速やかに連絡すること。」

4 【様式1】「診療費請求内訳書等(レセプト等)の開示依頼書」を別添のとおり改める。

5 【別紙】「診療費請求内訳書等(レセプト等)の開示を依頼される方へ(お知らせ)」中「5」を「6」に、「6」を「7」に、「7」を「8」に改め、「5」として次を加える。

「5 遺族等からの開示請求

遺族等に対してレセプト等を開示するときは、遺族等からの同意が得られれば、労災指定医療機関等、指定薬局、労災保険指定訪問看護事業者又は、はり・きゅう施術所が照会に円滑に対応できるよう、レセプト等を開示したことを当該関係機関に連絡しています。」

【様式1】

診療費請求内訳書等（レセプト等）の開示依頼書

労働局長 殿

平成 年 月 日提出

受付整理番号

依頼者欄	氏名	(フリガナ)	男	1 大正 2 昭和 3 平成
		印	女	年 月 日生
	住所	〒 - 都道府県 市区 町村		
		(電話) - -		
	労働者との関係	1 本人 2 代理人 3 遺族 4 遺族の代理人		
	*遺族の代理人の場合は、遺族の氏名及び生年月日を記入してください。			
	遺族の氏名及び生年月日	(フリガナ)	1 大正 2 昭和 3 平成	年 月 日生

※ 「氏名」欄は、記名押印又は署名をお願いします。

※ 「住所」欄は、依頼者が提示又は提出した書類等に記載された現住所を記入し、また、地番、アパート名等まで詳しく記入してください。

次のとおり診療費請求内訳書等の開示（交付）を依頼します。

被災労働者欄	氏名	(フリガナ)	男	1 大正 2 昭和 3 平成
			女	年 月 日生
	住所	〒 - 都道府県 市区 町村		
		(電話) - -		
	① 傷病年月日	年 月 日		
	労働保険番号			
	② 年金証書番号			

※ 療養当時の氏名を記入してください。

※ 依頼者が被災労働者本人の場合は、「氏名、生年月日及び住所」欄の記入は必要ありません。

※ ①欄(傷病年月日及び労働保険番号)又は②欄(年金証書番号)のいずれかを記入してください。

レセプト区分	療養期間	医療機関等名	所在地
a 診療費 b 薬剤費 c 訪問看護 d アフターケア e 外科後処置 f 労災はり・きゅう 施術特別援護措置	年 月 ~ 年 月		
a 診療費 b 薬剤費 c 訪問看護 d アフターケア e 外科後処置 f 労災はり・きゅう 施術特別援護措置	年 月 ~ 年 月		

※ 所在地は、市区町村名まで記入してください。

遺族等からの診療費請求内訳書等（レセプト等）の開示依頼の場合

遺族等に対してレセプト等を開示したことを指定医療機関等、指定薬局、労災保険指定訪問看護事業者又は、はり・きゅう施術所へ連絡することについて	1. 同意します	2. 同意しません
---	----------	-----------