

労 災 保 険

療養(補償)給付 の 請求手続

業務災害又は通勤災害による
傷病のため療養したとき

厚 生 労 働 省
都 道 府 県 労 働 局
労 働 基 準 監 督 署

労働者が、業務上又は通勤により負傷したり、疾病にかかって療養を必要とするとき、療養補償給付（業務災害の場合）又は療養給付（通勤災害の場合。以下合わせて「療養（補償）給付」といいます。）が支給されます。

療養（補償）給付には、「療養の給付」と「療養の費用の支給」とがあります。

給付の内容

- 「療養の給付」は、労災病院や指定医療機関・薬局等（以下「指定医療機関等」といいます。）で、無料で治療を受けられる現物給付です。
- 「療養の費用の支給」は、近くに指定医療機関等がないなどの理由で、指定医療機関等以外の医療機関や薬局等で療養を受けた場合に、その療養にかかった費用を支給する現金給付です。

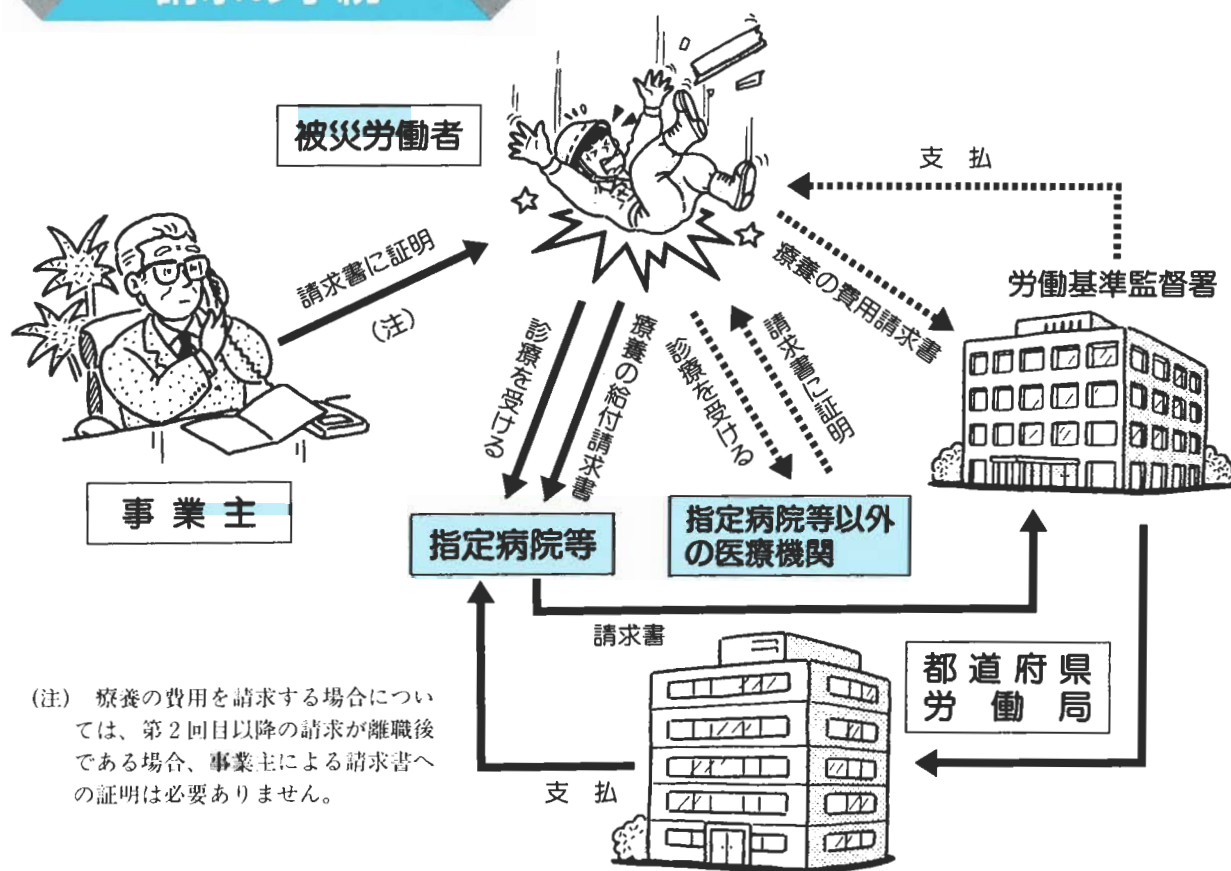
給付の対象となる療養の範囲や期間はどちらも同じです。

療養（補償）給付は、治療費、入院料、移送費等通常療養のために必要なものが含まれ、傷病が治癒するまで行われます。

※「治癒」とは

療養（補償）給付は、傷病が治癒するまで行われますが、この「治癒」とは、傷病の症状が安定し、医学上一般に認められた医療を行ってもその医療効果が期待できなくなったときをいい、これを「症状固定」といいます。したがって、「治癒」とは、必ずしももとの身体状態に回復した場合だけをいうものではありません。

請求の手続



●療養の給付を請求する場合

療養を受けている指定医療機関等を経由して、所轄の労働基準監督署長に、療養補償給付たる療養の給付請求書（様式第5号）又は療養給付たる療養の給付請求書（様式第16号の3）を提出して下さい。

●療養の費用を請求する場合

所轄の労働基準監督署長に、療養補償給付たる療養の費用請求書（様式第7号）又は療養給付たる療養の費用請求書（様式第16号の5）を提出して下さい。

なお、薬局から薬剤の支給を受けた場合には様式第7号（第16号の5）(2)を、柔道整復師から手当を受けた場合には様式第7号（第16号の5）(3)を、はり師及びきゅう師、あん摩マッサージ指圧師から手当を受けた場合には様式第7号（第16号の5）(4)を、訪問看護事業者から訪問看護を受けた場合には様式第7号（第16号の5）(5)を、提出して下さい。

●指定医療機関等を変更するとき

すでに指定医療機関等で療養の給付を受けている方が、帰郷等の理由で他の指定医療機関等に変更するときは、変更後の指定医療機関等を経由して所轄の労働基準監督署長に、「療養補償給付たる療養の給付を受ける指定病院等（変更）届」（様式第6号）又は「療養給付たる療養の給付を受ける指定病院等（変更）届」（様式第16号の4）を提出して下さい。

●提出に当たって必要な添付書類

請 求 書	添 付 書 類
様式7号（第16号の5）	看護・移送等に要した費用がある場合には、当該費用についての明細書及び看護・移送等をした者の請求書又は領収書
様式7号（第16号の5）(4)	① マッサージの施術を受けた者は、初療の日及び初療の日から6か月を経過した日並びに6か月を経過した日以降3か月ごとの請求書に医師の診断書を添付 ② はり・きゅうの施術を受けた者は、初療の日及び初療の日から6か月を経過した日の請求書に、医師の診断書を添付 また、初療の日から9か月を経過する場合は、はり師又はきゅう師の意見書及び症状経過表、更に医師の診断書、意見書を添付

※この他、必要とする書類を提出していただく場合があります。

請求に係る時効

療養の給付については現物給付であることから、請求権の時効は問題とはなりませんが、療養の費用は、費用の支出が確定した日から2年を経過しますと、時効により請求権が消滅することとなりますのでご注意ください。

請求書記載例

様式第5号(裏面) 労働者災害補償保険

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。

0	5	ア	カ	サ	タ	ナ	ハ	マ	ヤ	ラ	ワ
1	6	イ	キ	シ	ス	セ	ソ	ジ	ズ	ダ	デ
2	7	フ	ク	ツ	ヌ	フ	ム	ユ	ル	リ	ン
3	8	エ	ケ	セ	テ	ネ	ヘ	メ	レ	ロ	
4	9	オ	コ	ソ	ト	ノ	ホ	モ	ヨ	ロ	

通勤災害の場合は様式第16号の3

① 標準種別 34550	② 管轄局番 11111	③ 通達別 13	④ 受付年月日 14年5月31日
⑤ 労働者番号 14103123456	⑥ 処理区分 1	⑦ 支給・不支給決定年月日 14年6月3日	⑧ 労働者の生年月日 1533826
⑨ 性別 3	⑩ 労働者の生年月日 1533826	⑪ 労働者の生年月日 1533826	⑫ 労働者の生年月日 1533826
⑬ 氏名 山本 一郎	⑭ 職名 第一工場長	⑮ 職名 第一工場長	⑯ 職名 第一工場長
⑰ 災害の原因及び発生状況 金庫物工場内のスチール倉庫から1階作業場に通じる階段において、木箱(65×45×20cm)を倉庫から搬出作業中、後ろ向きに階段を下りたため足を踏み外し、約1.7m下に転落し、左足首を捻挫した。	⑱ 指定病院等の名称 田中病院	⑲ 指定病院等の所在地 川崎市高津区千代 00-0	⑳ 傷病の部位及び状態 左足首関節捻挫
㉑ 事業主の氏名 高橋機械工業株式会社	㉒ 事業主の氏名 高橋 一郎	㉓ 事業主の氏名 高橋 一郎	㉔ 事業主の氏名 高橋 一郎
㉕ 労働者の所属事業場の名称・所在地 川崎市川崎区榎町 00-0	㉖ 労働者の所属事業場の名称・所在地 川崎市川崎区榎町 00-0	㉗ 労働者の所属事業場の名称・所在地 川崎市川崎区榎町 00-0	㉘ 労働者の所属事業場の名称・所在地 川崎市川崎区榎町 00-0
㉙ 労働者の所属事業場の名称・所在地 川崎市川崎区榎町 00-0	㉚ 労働者の所属事業場の名称・所在地 川崎市川崎区榎町 00-0	㉛ 労働者の所属事業場の名称・所在地 川崎市川崎区榎町 00-0	㉜ 労働者の所属事業場の名称・所在地 川崎市川崎区榎町 00-0
㉝ 労働者の所属事業場の名称・所在地 川崎市川崎区榎町 00-0	㉞ 労働者の所属事業場の名称・所在地 川崎市川崎区榎町 00-0	㉟ 労働者の所属事業場の名称・所在地 川崎市川崎区榎町 00-0	㊱ 労働者の所属事業場の名称・所在地 川崎市川崎区榎町 00-0
㊲ 労働者の所属事業場の名称・所在地 川崎市川崎区榎町 00-0	㊳ 労働者の所属事業場の名称・所在地 川崎市川崎区榎町 00-0	㊴ 労働者の所属事業場の名称・所在地 川崎市川崎区榎町 00-0	㊵ 労働者の所属事業場の名称・所在地 川崎市川崎区榎町 00-0
㊶ 労働者の所属事業場の名称・所在地 川崎市川崎区榎町 00-0	㊷ 労働者の所属事業場の名称・所在地 川崎市川崎区榎町 00-0	㊸ 労働者の所属事業場の名称・所在地 川崎市川崎区榎町 00-0	㊹ 労働者の所属事業場の名称・所在地 川崎市川崎区榎町 00-0
㊺ 労働者の所属事業場の名称・所在地 川崎市川崎区榎町 00-0	㊻ 労働者の所属事業場の名称・所在地 川崎市川崎区榎町 00-0	㊼ 労働者の所属事業場の名称・所在地 川崎市川崎区榎町 00-0	㊽ 労働者の所属事業場の名称・所在地 川崎市川崎区榎町 00-0
㊾ 労働者の所属事業場の名称・所在地 川崎市川崎区榎町 00-0	㊿ 労働者の所属事業場の名称・所在地 川崎市川崎区榎町 00-0	㊿ 労働者の所属事業場の名称・所在地 川崎市川崎区榎町 00-0	㊿ 労働者の所属事業場の名称・所在地 川崎市川崎区榎町 00-0

標準字体で記入してください。

※ 労働者の職名は記入しないでください。(職名が記入されます。)

事故の発生日時又は発病の日時を正確に記入してください。

災害発生の実状を確認した人の職名と氏名を記入します。

職種はなるべく具体的に、作業内容がわかるように記入してください。

①どのような場所で、②どのような作業をしているときに、③どのような物又は環境に、④どのような不安安全又は有害な状態があって、⑤どのような災害が発生したかをわかりやすく記入してください。

事業主の証明が必要です。

直接所属している事業場が上欄の事業場と異なる(一括適用の取扱いをしている支店、工場、工事現場等)場合に記入します。

自筆による署名の場合には、押印は必要ありません。

直接所属している事業場を管轄している労働基準監督署署名を記入します。

(物品番号 7210) 13.2

通勤災害の場合

様式16号の3(裏面)

通勤災害に関する事項

①負傷又は発病の時刻 午後 8 時 45 分頃	③災害発生の場所 飯田市桜町〇丁目 桜町銀行本店前市道
②災害発生の日の就業の場所 飯田市桜町〇丁目	④災害発生の日の就業開始の予定時刻又は就業終了の時刻 午後 9 時 00 分頃
⑤災害発生の日に住居を離れた時刻 午後 8 時 00 分頃	⑥災害発生の日に就業の場所を離れた時刻 午後 時 分頃
⑦通常の通勤の経路、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場所に至った経路、方法、所要時間その他の状況 (通常の通勤所要時間 時間 50 分)	
⑧災害の原因及び発生状況 JR 桜町駅から会社まで徒歩で出発中、桜町〇丁目桜町銀行本店前の市道で道路の緑石いっぽう、転倒し、左手首を骨折した。	
⑨現認者の住所 飯田市桜町〇〇〇	電話番号 〇〇〇〇 局番 〇〇〇
氏名 川口 ヒロ	

通勤災害の場合に記載します。

通常の通勤経路、方法、所要時間と、災害発生の日に住居又は就業の場所から災害発生の場所に至った経路、方法、所要時間をわかりやすく記入してください。

どのような場所で、どのような状態で、どのようにして災害が発生したかを、わかりやすく記入してください。

災害発生の事実を確認した人の氏名を記入します。

項目記入にあたっての注意事項

- ① 記入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、⑧欄及び⑨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。)
- ② 傷病年金の受給権者に係る療養の給付を請求する場合には、③労働保険番号欄に在籍して年金証書番号を記入してください。また、④及び⑤は記入しないでください。
- ③は、請求人が健康保険の日雇特別被保険者でない場合には記載する必要はありません。
- ④は、災害が出勤の際に生じたものである場合には就業開始の予定時刻を、災害が退勤の際に生じたものである場合には就業終了の時刻を記載してください。
- ⑤は、災害が退勤の際に生じたものである場合には記載する必要はありません。
- ⑥は、災害が出勤の際に生じたものである場合には記載する必要はありません。
- ⑦は、通常の通勤の経路を示し、災害発生の場所及び災害発生の日に住居又は就業の場所から災害発生の場所に至った経路を矢印等を用いてわかりやすく記載するとともに、その他の事項についてもできるだけ詳細に記載してください。
- ⑧は、どのような場所を、どのような方法で往復している際に、どのような物で又はどのような状況において、どのようにして災害が発生したかをわかりやすく記載してください。
- ⑨「事業主の氏名」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ます。

標準字体記入にあたっての注意事項

□□□で表示された記入枠に記入する文字は、光学的文字認識装置で直接読み取りを行いますので、以下の注意事項に従って、表面の右上に示す標準字体で記入してください。

- 筆記用具は黒ボールペンを使用し、記入枠からはみださないように書いてください。
- 「假音」「よう音」などは大きく書き、濁点、平濁点は「文字」として書いてください。

(例) キッテ → キョ → バ →

- は斜の線を書きはじめるとき、小さくカギをつけてください。

- はカギをつけないで垂直に、 の二本の横線は上で閉じないで書いてください。

表面の記入枠を訂正したときの訂正印欄	削字 加字	社会保険 労働士 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

請求書記載例

[14]

標準字体

○濁点、半濁点
は一文字とし
て取り扱うこ
と。
(例)

※ 帳票種別 ①管轄局署 ②集通別

3	4	2	1	0					1 1 果 3 通
---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

(注意) 記入の部分は、必ず裏のホリ線を使用し、様式用紙に記載された「標準字體」にならなうて、枠からみださないようにに大きな力やカナ及びひらがな及び数字で明りように記すこと。記入すべき事項のない欄又は記入枠は、空欄のままとし、事項を漏れする場合には「標準字體」で「不明」と記入すること。また、記入すべき事項を記入するに当たっては、必ず裏のホリ線に記入すること。

③ 労働保険番号 40107603451

④ 労働者の性別 ⑥ 労働者の生年月日 ⑦ 賃金は発明年月日 ⑧ 勤続年数 ⑨ 交付年月日

⑩ シメイ(カタカナ) ヤマタ シゲル

⑪ 氏名 山田 茂 (47歳)

⑫ 住所 北九州市小倉南区高松0-0

⑬ 下欄及び⑭から⑯までの欄は、1冊を新規に届け出る場合、又は、届け出た1冊を変更する場合のみ記入して下さい。

⑭ メイキニン(カタカナ) ヤマタ シゲル

⑮ (つづき)メイキニン(カタカナ)

⑯ ⑰の者については⑱及び裏面の⑳、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 小倉建設株式会社 電話番号 〇〇〇 〇〇〇

事業場の所在地 北九州市小倉北区下津0-0 郵便番号 803 XXXX

事業主の氏名 代表取締役 野田 二郎

⑱ 療養の内容 (全期間 14年 7月 19日 から 14年 7月 30日まで 12日間 診療実日数 6日)

⑲ 療養の概要 右、痛みを言ける 津々次第で決

⑳ 療養の内訳及び金額 (内訳裏面の㉑のとおり)

㉒ 療養料 年 月 日から 年 月 日まで 日間 (右支拂の表)

㉓ 移送費 円 まで 出送・往復 円 まで 同

㉔ 上記以外の療養費 (内訳別請求書又は領収書 枚のとおり)

㉕ 療養の給付を受けなかった理由 近くに療養に適い:労災指定病院がなかったため

㉖ 療養に要した費用の額 (合計)

㉗ 費用の種別 ㉘ 療養期間の初日 ㉙ 療養期間の末日 ㉚ 診療実日数 ㉛ 結算事由

※ ㉜ 療養料 ㉝ 療養期間 ㉞ 療養期間 ㉟ 診療実日数 ㊱ 結算事由

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。

14年8月2日

請求人の

郵便番号 805 △△△△ 電話 〇〇〇 〇〇〇〇 局番

住所 北九州州市小倉南区高松 〇-〇 (方)

氏名 山田 茂 (山田)

北九州東労働基準監督署長 殿

自筆による署名の場合には、押印は必要ありません。

格式第 6 号

~~勞働者災害補償保險~~

通勤災害の場合は様式第
16号の4

14年 8月 10日

(郵便番号 151 -

住所 渋谷区代々木0-0 電話番号 0000 局番 0000

届出人の

氏名 (竹内 三郎) 

下記により療養補償給付たる療養の給付を受ける指定病院等を（変更するので）届けます。

事故の発生日時又は発病の日を正確に記入してください。

(注 意)

自筆による署名の場合には、押印は必要ありません。

職種はなるべく具体的に、
作業内容がわかるように
記入してください。

どのような場所で、どのような作業をしている時に、どのような物・環境又は状態で、どのようにして災害が発生したかをわかりやすく記入してください。

事業主の証明が必要です。
ただし、離職後である場
合には、必要ありません。

傷病補償年金の支給を受けることとなった後に療養の給付を受けようとする指定病院等を記入してください。