

基労保発 0124 第 1 号
平成 23 年 1 月 24 日

都道府県労働局長 殿

厚生労働省労働基準局労災補償部
労災保険業務課長

労災保険給付等の本省払い化に伴う機械処理等について

「労災保険給付業務の業務・システム最適化計画」（平成 18 年 3 月 29 日厚生労働省情報政策会議決定。以下「最適化計画」という。）の実施事項である「行政内部の定形的支払い事務処理により行う支払業務処理について、本省に集中化する」（以下「本省払い化」という。）については、平成 22 年 8 月 4 日付け基労保発第 0804 第 3 号「次期労働基準行政情報システム及び次期労災行政情報管理システムの第Ⅱ期開発の概要（第 2 版）【特別加入、第三者行為災害、義肢等補装具費等】の意見・要望に対する検討結果及び第Ⅱ期開発に係る稼働時期等について」において、詳細な内容等を改めて通知するとしていたところであるが、今般、その大枠がおおむね決定したことから、下記のとおり通知することとしたので、事務処理に遺漏のないようお願いする。

なお、次期労災行政情報管理システム（以下「次期労災システム」という。）の第Ⅱ期開発は、設計・開発業者が総合試験を実施している段階であり、本年 1 月下旬から行政職員が総合運転試験を実施する予定である。これら試験において問題等が生ずれば、改めて連絡することがあり得ることについて、念のため申し添える。

記

- 1 労災保険給付等のうち本省払い化の対象となるもの及びその時期等について
本省払い化の対象となる保険給付（各給付の特別支給金を含む。以下「保険給付等」という。）の支払方法及びその時期は、以下のとおりである（別表参照）。
 - (1) 既に本省払い化されている保険給付等
 - ① 療養（補償）給付たる療養の給付に係る診療費及び薬剤費、二次健康

診断等給付並びにアフターケア委託費（いずれも国立病院への支払を除く。）

② 傷病（補償）年金、障害（補償）年金、遺族（補償）年金、特別遺族年金及び労災就学等援護費（いずれも未支給の保険給付を除く。）

(2) 平成 23 年 5 月連休明け（予定）に本省払い化される保険給付等

① 国立病院に支払う療養（補償）給付たる療養の給付に係る診療費及び薬剤費、二次健康診断等給付並びにアフターケア委託費

② 療養（補償）給付たる療養の費用、休業（補償）給付、介護（補償）給付、アフターケア通院費、障害（補償）一時金、遺族（補償）一時金、障害（補償）年金前払一時金、障害（補償）年金差額一時金、遺族（補償）年金前払一時金、特別遺族一時金及び葬祭料（葬祭給付）

ただし、上記②の保険給付等に係る受任者払い（都道府県労働局長の指名する柔道整復師等への受任者払いを除く。）、未支給の保険給付、ゆうちょ銀行への振込、送金払い、外国送金及び当地払いを除く。

(3) 平成 24 年 3 月（予定）に本省払い化される保険給付等（(4)を除く。）

① 受任者払い（都道府県労働局長の指名する柔道整復師等への受任者払いを除く。）

② 未支給の保険給付

③ ゆうちょ銀行への振込（年金及び労災就学等援護費を除く。）

④ 検査に要した費用（非指定医療機関）

⑤ 送金払い（年金及び労災就学等援護費に係る送金払いを除く。）

⑥ 外国送金（年金及び労災就学等援護費に係る外国送金を除く。）

(4) 平成 24 年 3 月（予定）にシステム化及び本省払い化される保険給付等

・ 訪問看護費用

(5) 平成 25 年 3 月（予定）にシステム化及び本省払い化される保険給付等

・ 義肢等補装具購入費用

(6) 本省払い化されない保険給付等

① 休業補償特別援護金

② 当地払い

2 労災保険給付等のうち本省払い化されない保険給付等（上記 1 の（6））について

(1) 休業補償特別援護金について

上記 1 の（3）及び（4）の本省払い化の実現時期に合わせ、労働基準監督署（以下「署」という。）での支払から都道府県労働局（以下「局」という。）での支払に変更する。それまでの間は、従来どおり、署において支

払を行うものであること。

(2) 当地払いについて

従来どおり、局又は署において支払を行うものであること。

3 本省払い化に係る機械処理等の流れについて

(1) 現行労災行政情報管理システム（以下「現行労災システム」という。）及び次期労災システムにおける上記1の(2)、(3)、(4)及び(5)の本省払いに係る機械処理等の流れは、以下のとおりである。

① 平成23年5月連休明け（予定）に本省払い化される保険給付等（上記1の(2)）

現在、別紙1に示す流れに準じ支払を行っているところであるが、本省払い化後は、おおむね別紙2に準ずるものとなること。

② 平成24年3月（予定）に本省払い化される保険給付等（上記1の(3)）

平成23年5月連休明け（予定）以降の署における支払については、おおむね別紙3に準ずるものとなること。

なお、本省払い化後の機械処理等の流れについては、別途示すものであること。

③ 現在システム化されていない保険給付等（上記1の(4)及び(5)）

システム化されるまでの間は、従前どおりの方法により支払を行うこと。

なお、システム化後の機械処理の流れについては、別途示すものであること。

(2) 次期労災システムにおける保険給付等の支払については、原則として以下のとおりである。

① 保険給付等ごとの支払回数、データ締切日及び支払日

ア 支払回数について

i) 療養（補償）給付たる療養の給付に係る診療費及び薬剤費

月2回（現行と同じ）

ii) 療養（補償）給付たる療養の費用

週1回

iii) 休業（補償）給付

週1回

iv) 傷病（補償）年金、障害（補償）年金、遺族（補償）年金、特別遺族年金及び労災就学等援護費（以下「各種年金」という。）

年6回（現行と同じ）

v) 障害（補償）一時金、遺族（補償）一時金、障害（補償）年金前

払一時金、障害（補償）年金差額一時金、遺族（補償）年金前払一時金、特別遺族一時金及び葬祭料（葬祭給付）（以下「各種一時金」という。）

週 1 回

vi) 二次健康診断等給付
月 1 回（現行と同じ）

vii) 介護（補償）給付
週 1 回

viii) アフターケア委託費
月 2 回（現行と同じ）

ix) アフターケア通院費
週 1 回

イ データ締切日について

i) 各種年金以外
本省システム支払処理当日

ii) 各種年金
本省システム支払処理開始前日

iii) 入力可能時間
次期労災システムでは、オンライン時間を現行労災システムよりも延長し、検索・参照系機能、入力・更新系機能のいずれについても、8時30分から17時30分まで利用可能とすることとしている。
また、各種年金以外のデータ締切後の本省システム支払処理については、オンライン時間終了後に行うこととしている。

したがって、支給決定・支払決議入力については、データ締切日においても17時30分まで行うことが可能であること。

iv) 利用制限について
各種年金に係る本省システム支払処理期間中においては、各種年金、各種一時金及び介護（補償）給付に係る検索・参照系機能及び入力・更新系機能は利用できなくなること。

ウ 支払日について

i) 各種年金以外
データ締切日の3日後（金融機関営業日）

ii) 各種年金
毎偶数月の15日（ただし、当該日が週休日等に当たる場合は、その直前の開庁日）

エ その他留意すべき事項について

局又は署において上記1の(3)及び(6)②の保険給付等の支払いを行うに当たっては、次期労災システムの仕様上、支払処理を上記1の(1)及び(2)の保険給付等に係る本省システム支払処理と同一処理において行う仕組みとなっているため、当該保険給付等に係る支給決定・支払決議入力、本省において定める保険給付等ごとのデータ締切日に拘束される。

したがって、局又は署において独自にデータ締切日、支払日等を設定したり、支払回数を増やすことはできないこと。

なお、次期労災システムにおける各保険給付等のデータ締切日、支払日等、具体的な機械処理業務実施計画については別途四半期ごとに通知するものであること。

② 支給決定通知書及び支払振込通知書

ア 従来、保険給付等に係る処分の通知については、はがき1葉により支給決定通知と支払振込通知を併せて行っていたところであるが、本省払い化される保険給付等については、支給決定通知は局又は署から、支払振込通知は本省から通知する必要があるため、次期労災システムにおいては、両通知書を分離したものであること。

次期労災システムについては、本省払い機能の開発を主眼としているため、局又は署において支払を行う保険給付等(上記1の(3)及び(6)②)については、支給決定通知書及び支払振込通知書が当該局又は署に配信されることから、当該局又は署において、両通知をそれぞれ行う必要があること。

また、上記1の(3)、(4)及び(5)に掲げる保険給付等については、本省払い化後、本省より支払振込通知を行うこととなること。

なお、支給決定通知については、労働者災害補償保険法施行規則第19条第1項に所轄局長又は所轄署長が通知しなければならない旨規定されており、また、不服申立てに係る請求人への説明や受付等の対応は原処分庁で行う必要があることにかんがみ、今後も、原処分庁たる局又は署において行う必要があること。

イ 次期労災システムにおける支給決定通知書及び支払振込通知書(案)については、別紙4のとおりである。

4 次期労災システムへの切替え等に際する留意点

次期労災システムの稼働に当たり、本省における作業として、現行労災システムから次期労災システムへのデータ移行及びシステム切替作業を4月27日(水)から5月8日(日)にかけて実施する予定としており、当該作業の

一環として、各局署の端末装置へのプログラム転送を行うこととしている。

上記の期間に、各局署において電源工事や庁舎移転等により端末装置が起動できない状態となっている場合、次期労災システム稼働に必要な情報を端末装置にプログラム転送できないこととなり、次期労災システムの稼働に支障が生じることとなる。

このことから、当該期間における電源工事等を回避すべく局内において調整を行うとともに、既に電源工事等の予定がある場合には、所要の調整を実施するので速やかに当課システム最適化推進室あて報告すること。

5 その他

本省払い化に係る請求人等への周知、現行労災システムから次期労災システムへの移行に伴う機械処理事務等の具体的内容については、別途通知するものであること。

別表 本省払い化の対象となる保険給付等及びその時期について

労災保険給付業務の業務・システム最適化計画においては、従来、局署において行っている労災保険給付業務等のうち、行政内部における定形的支払事務処理により行う支払業務処理について、本省に集中化(以下「本省払い化」という。)することとしている。

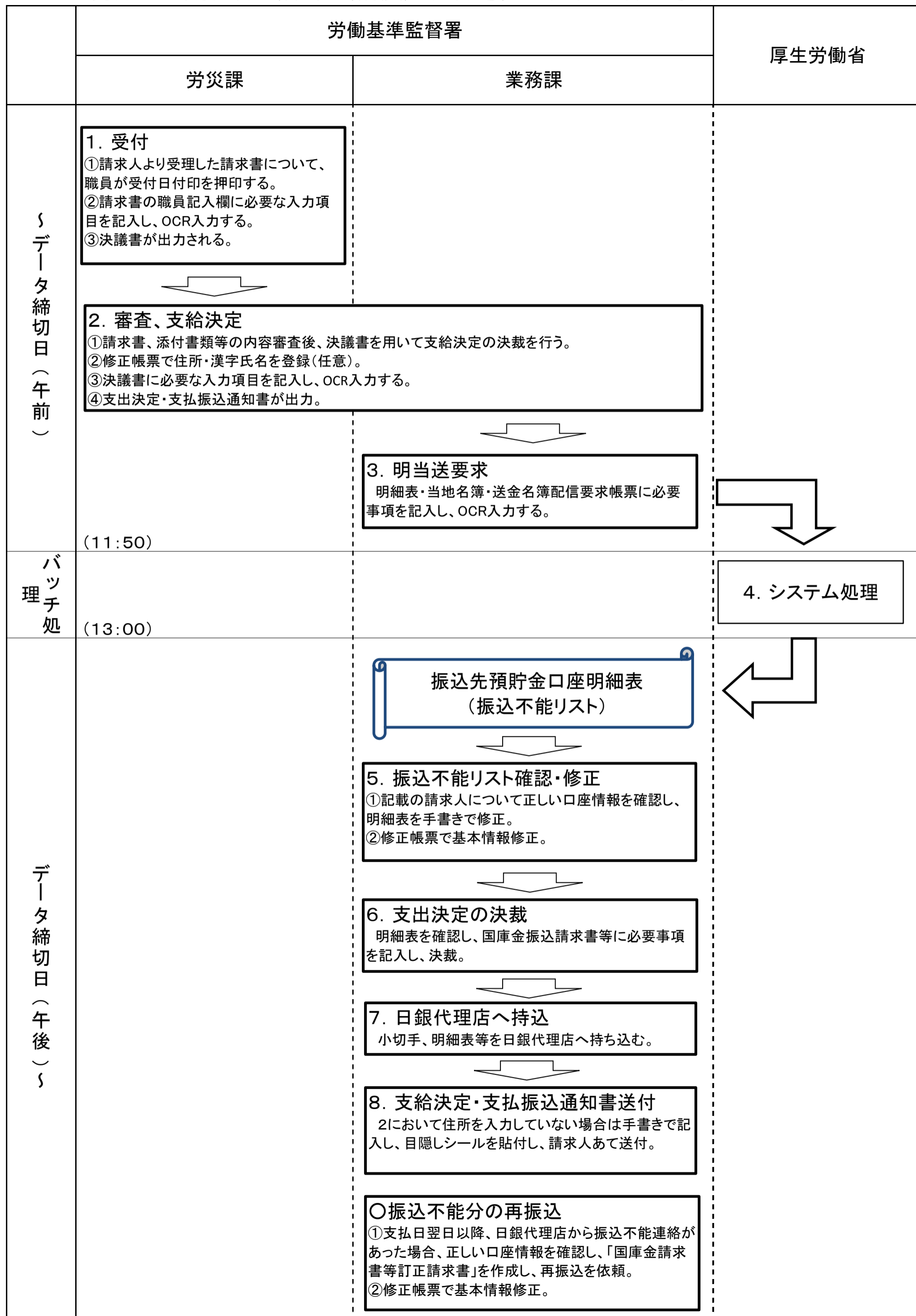
本省払い化の対象となる保険給付(特別支給金を含む。)、支払方法等(以下「保険給付等」という。)及びその時期は以下のとおりである。

| | | 平成22年度 | | | | 平成23年度 | | | | 平成24年度 | | | | 平成25年度～ |
|-----------|--|--|----|-----|----|---------------------------------|----|-----|----|-----------------------------|----|-----|----|---------|
| | | I | II | III | IV | I | II | III | IV | I | II | III | IV | I |
| 給付の種類 | | ① 既に本省払い化されている保険給付等 | | | | ② 平成23年5月連休明け(予定)に本省払い化される保険給付等 | | | | ③ 平成24年3月(予定)に本省払い化される保険給付等 | | | | |
| 医療機関等への給付 | ●療養(補償)給付たる療養の給付 | 国立病院への支払いを除き、既に本省払い化 | | | | | | | | | | | | |
| | ●二次健康診断等給付 ●アフターケア委託費 | ●国立病院への支払い | | | | | | | | | | | | |
| 個人への給付 | ●療養(補償)給付たる療養の費用 ●休業(補償)給付 ●介護(補償)給付 ●アフターケア通院費 ●障害(補償)一時金 ●遺族(補償)一時金 ●障害(補償)年金前払一時金 ●障害(補償)年金差額一時金 ●遺族(補償)年金前払一時金 ●特別遺族一時金 ●葬祭料(葬祭給付) | 受任者払い(指名柔道整復師等への受任者払いを除く)、未支給の保険給付、ゆうちょ銀行への振込、送金払い、外国送金及び当地払いを除き、本省払い化 | | | | | | | | | | | | |
| | | <ul style="list-style-type: none"> ●受任者払い ●未支給の保険給付 ●ゆうちょ銀行への振込 ●検査に要した費用(非指定医療機関) ●送金払い ●外国送金 | | | | | | | | | | | | |
| 年金給付 | ●傷病(補償)年金 ●障害(補償)年金 ●遺族(補償)年金 ●特別遺族年金 ●労災就学等援護費 | 未支給の保険給付を除き、既に本省払い化 | | | | | | | | | | | | |
| | | ●未支給の保険給付 | | | | | | | | | | | | |
| その他 | ●訪問看護費 | ●訪問看護費 | | | | | | | | | | | | |
| | ●義肢等補装具費 | ●義肢等補装具費 (平成24年度中を予定) | | | | | | | | | | | | |

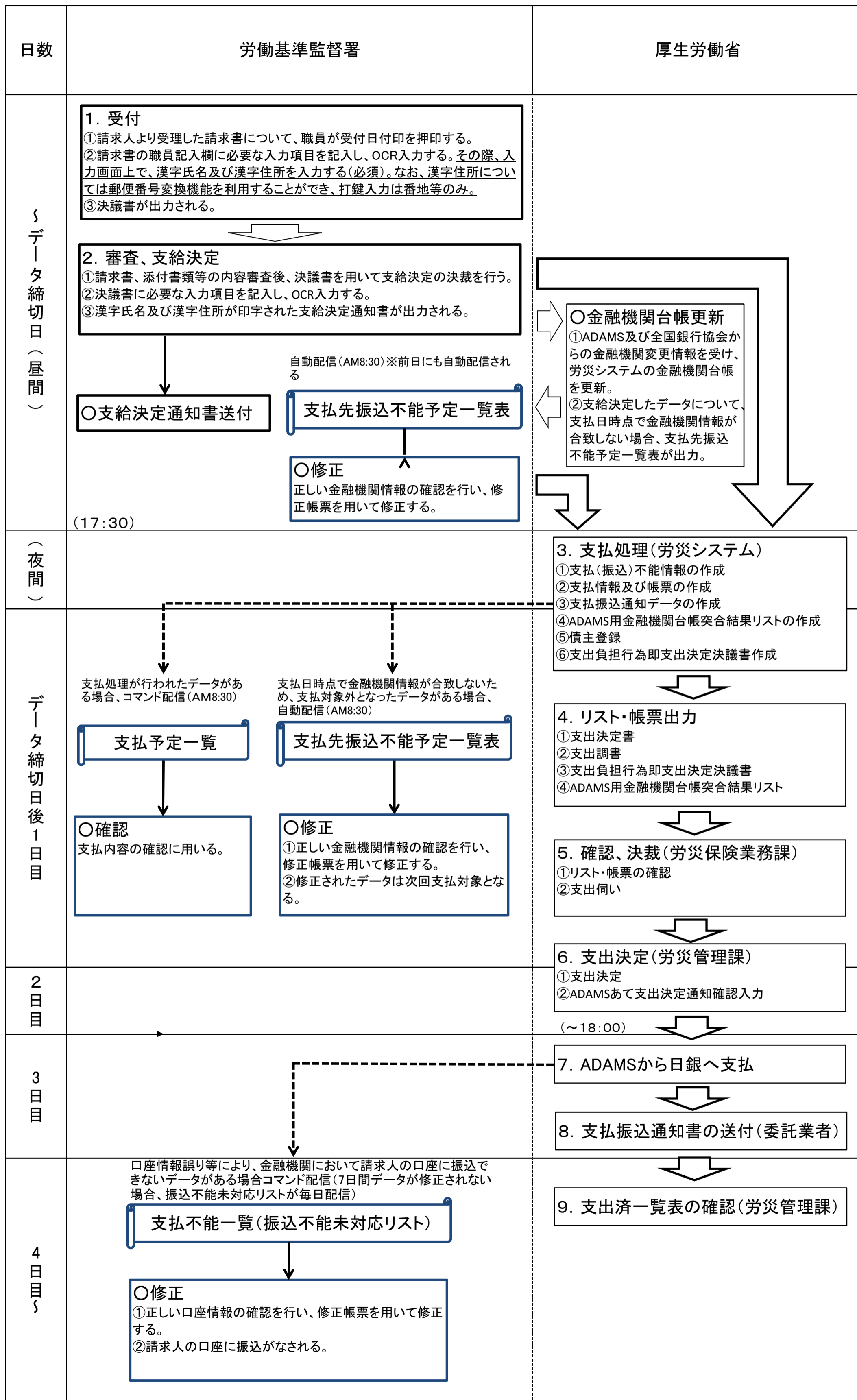
本省払い化されない保険給付等

- 当地払い
- 休業補償特別援護金

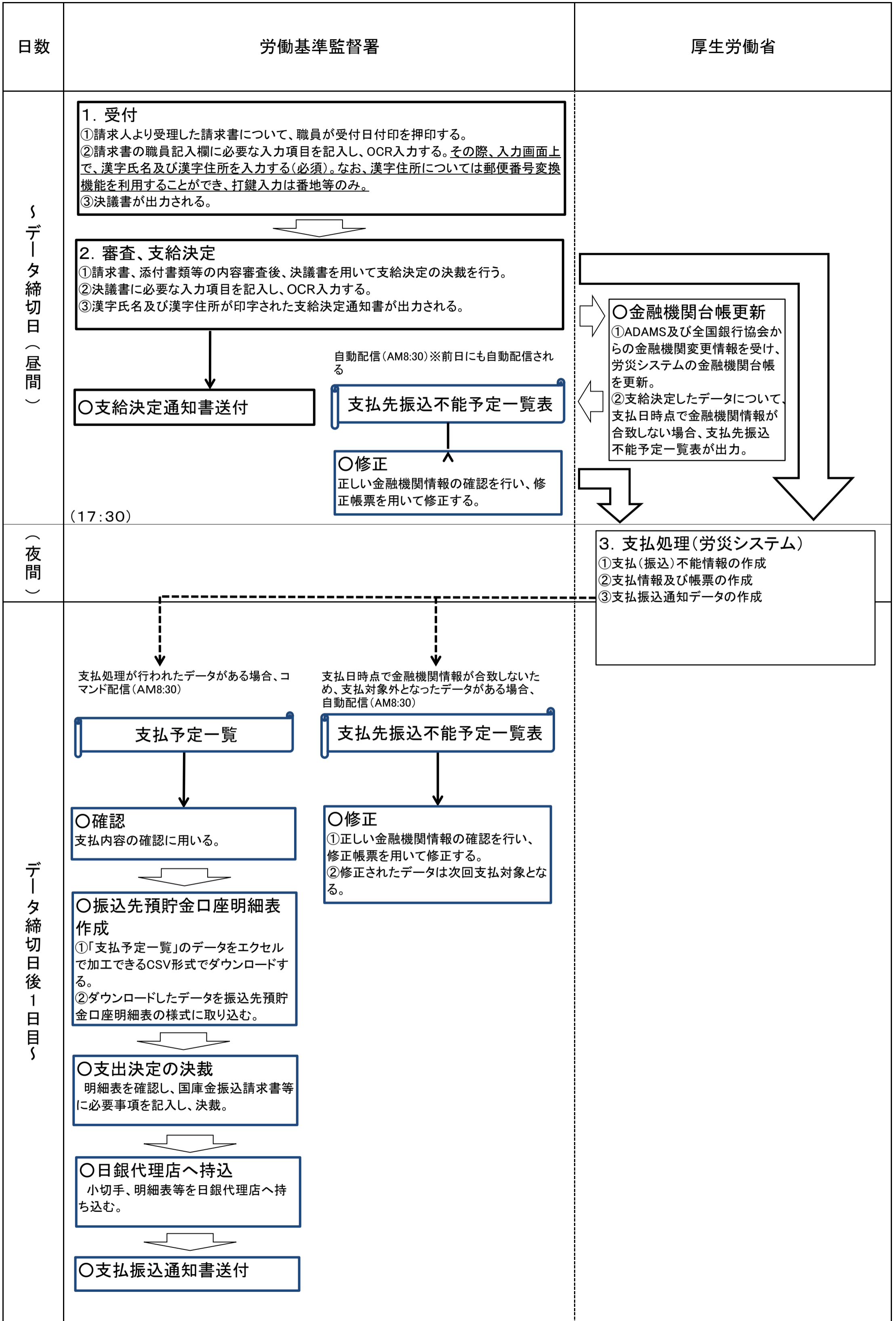
現行の短期給付（休業（補償）給付等）の支払に係る事務処理フロー



新たに本省払となる給付の支払に係る事務処理フロー（案）



監督署払に係る事務処理フロー（案）



次期労災システムにおける
支給決定通知書及び支払振込通知書(案)

労災保険業務課

労働者災害補償保険療養・休業補償給付等支給決定・不支給決定通知書

表面

401

労働者災害補償保険
療養・休業補償給付等
支給決定・不支給決定 通知

| | | | | |
|--|--------------------------|--------------------|--------------------|---|
| 請求人氏名 | NNNNNNNNNN | | 給付等の種類 | x |
| 支給決定金額 | 保険給付額 | ZZZ, ZZZ, ZZZ, ZZ9 | | |
| | 特別支給金額 | ZZZ, ZZZ, ZZZ, ZZ9 | | |
| 期間 | NNNNNN から NNNNNN まで | | | |
| 算定基礎 | 給付基礎日額 | スライド率 (%) | 支給日数 | |
| | ZZZ, ZZZ, ZZZ, ZZ9 | xxxxxxx | ZZZ, ZZ9 | |
| 減額 及 定 び 不 理 支 給 由 | 一部負担金相当額 | ZZ9 | | |
| | 厚生年金等調整減額 | NNN 年金 | ZZZ, ZZZ, ZZZ, ZZ9 | |
| 番号 | xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx | | | |

このはがきは、支給及び変更決定のお知らせです。
支給決定した方への支払日のお知らせは、別途の通知となります。

xxxxxx
NNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNN 様
年 月 日

所在地
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

郵便はがき

(注) 不支給の場合、手書きで「不」の文字を加える。

裏面

あなたが請求・申請された保険給付・特別支給金を表記のとおり決定したので通知します。

労働基準監督署長 印

減額及び不支給決定の理由

○ この決定理由の詳細についてお聞きになりたい点があれば、当署まで照会してください。

○ (1) 表記の保険給付に関する決定(以下「本件処分」といいます。)に不服がある場合には、本件処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に表記の労働基準監督署を管轄する都道府県労働局の労働者災害補償保険審査官(以下「審査官」といいます。)に対して審査請求をすることができます。

(2) 審査請求に対する審査官の決定に不服がある場合には、決定書の謄本が送付された日の翌日から起算して60日以内に労働保険審査会(以下「審査会」といいます。)に対して再審査請求をすることができます。ただし、審査請求をした日から3か月を経過しても決定がないときは、決定を経ないで審査会に対して再審査請求をすることができます。

(3) 本件処分に対する取消訴訟は、当該処分についての再審査請求に対する裁決を経た後に、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となります。)、再審査請求に対する審査会の裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます(裁決があった日から1年を経過した場合は除きます。)。ただし、①再審査請求をした日から3か月を経過しても裁決がないとき、②再審査請求についての裁決を経ることにより生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるときその他その裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき、のいずれかに該当するときは、審査会の裁決を経ないで取消訴訟を提起することができます。また、①処分、処分の執行又は手続の進行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき、②その他審査官の決定及び審査会の裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき、のいずれかに該当するときは、審査官の決定及び審査会の裁決を経ないで取消訴訟を提起することができます。

表記についての説明事項

| | |
|---|--|
| <p>1. 給付等の種類</p> <p>1・・・休業補償給付・休業特別支給金 2・・・未支給の休業補償給付・未支給の休業特別支給金 3・・・休業給付・休業特別支給金 4・・・未支給の休業給付・未支給の休業特別支給金</p> | <p>5・・・療養補償給付たる療養の費用給付 6・・・未支給の療養補償給付たる療養の費用給付 7・・・療養給付たる療養の費用給付 8・・・未支給の療養給付たる療養の費用給付</p> |
|---|--|

2. 増減額及び不支給決定理由欄の印書
「待定期間を控除してあります」
待定期間とは、休業の最初の日から3日間のことで、この間の休業(補償)給付及び休業特別支給金は支給されません。

介護（補償）給付支給・不支給・変更決定通知書

表面

| | | |
|---|----------------------------|--------------------|
| 254 | | |
| 労働者災害補償保険 介護 XXXX XXXXXX 通知 | | |
| 年金証書番号 | XXXXXXXX | |
| 労働者の氏名 | XXXXXXXXXXXXXXXXXX | |
| ① XXXXXXXX | NZZZ, ZZ9 | |
| 決定の理由等 | | |
| 請求対象年月 | ②今回決定額 | ③当初支給決定・取消額 |
| 年 月 | ZZZ, ZZZ, ZZZ, ZZ9 | ZZZ, ZZZ, ZZZ, ZZ9 |
| 年 月 | ZZZ, ZZZ, ZZZ, ZZ9 | ZZZ, ZZZ, ZZZ, ZZ9 |
| 年 月 | ZZZ, ZZZ, ZZZ, ZZ9 | ZZZ, ZZZ, ZZZ, ZZ9 |
| 理由等 | NNNNNNNNNNNNNN | |
| 番号 | XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX | |
| このはがきは、支給及び変更決定のお知らせです。 支給決定した方への支払日のお知らせは、別途の通知となります。 | | |
| 年 月 日 | | |

(請求人住所及び氏名)

XXXXXXXXX
NNNN
NNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNN 様

官署名
NNNNNNNNNNNNNNNN
所在地
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
電話番号
XXXXXXXX

郵便はがき

(注) 不支給の場合、手書きで「不」の文字を加える。

裏面

| | |
|---|--|
| <p>支給・不支給決定通知 ○あなたが請求された保険給付を表記のとおり決定したので通知します。</p> <p>変更決定通知 ○先にあなたに対してなした当該給付の支給・不支給決定については、下記の理由により表記のとおり、取消し、新たに決定したので通知します。 ○過払額は、別途送付する納入告知書により告知書記載の指定銀行に払い込むか、若しくは当署へ持参の上納入してください。</p> <p style="text-align: right;">労働基準監督署長 印</p> | <p>○ この決定理由の詳細についてお聞きになりたい点があれば、当署まで照会してください。</p> <p>○ (1) 表記の保険給付に関する決定(以下「本件処分」といいます。)に不服がある場合には、本件処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に表記の労働基準監督署を管轄する都道府県労働局の労働者災害補償保険審査官(以下「審査官」といいます。)に対して審査請求をすることができます。</p> <p>(2) 審査請求に対する審査官の決定に不服がある場合には、決定書の謄本が送付された日の翌日から起算して60日以内に労働保険審査会(以下「審査会」といいます。)に対して再審査請求をすることができます。ただし、審査請求をした日から3か月を経過しても決定がないときは、決定を経ないで審査会に対して再審査請求をすることができます。</p> <p>(3) 本件処分に対する取消訴訟は、当該処分についての再審査請求に対する裁決を経た後に、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となります。)、再審査請求に対する審査会の裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます(裁決があった日から1年を経過した場合は除きます。)。ただし、①再審査請求をした日から3か月を経過しても裁決がないとき、②再審査請求についての裁決を経ることにより生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるときその他その裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき、のいずれかに該当するときは、審査会の裁決を経ないで取消訴訟を提起することができます。また、①処分、処分の執行又は手続の進行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき、②その他審査官の決定及び審査会の裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき、のいずれかに該当するときは、審査官の決定及び審査会の裁決を経ないで取消訴訟を提起することができます。</p> <p style="text-align: center;">表記の説明事項</p> <p>1. 変更決定のときの計算方法 ①追給額=②今回決定額の合計-③当初支給決定・取消額の合計 ②回収額=③当初支給決定・取消額の合計-②今回決定額の合計</p> <p>2. 理由欄の印書 「○月○日は介護を受け始めた月のため支給されません」 介護を受け始めた月については、親族等から費用を支出しないで介護を受けていた場合、一律定額の支給はされません。</p> |
| <p>不支給決定/変更決定の理由</p> | |

アフターケア通院費支給・不支給・変更決定通知書

表面

361

アフターケア通院費

xxxxxx
NNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNN
NNNN
NNNNNNNNNNNNNNNN 様

支給・不支給決定・変更決定 通知

| | | | |
|-----------------|--------------------------------|---------------|--|
| 申 請 者 氏 名 | NNNNNNNNNN | | |
| 健 康 管 理 手 帳 番 号 | XXXXXXXXXXXX | | |
| NNN | 金 額 | ZZZ, ZZZ, ZZ9 | |
| | | XXXXXXXXXXXX | |
| | | XXXXXXXXXXXX | |
| | 通 院 年 月 日 | | |
| | | XXXXXXXXXXXX | |
| 備 | NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN | | |
| | NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN | | |
| 考 | | | |
| 番 号 | XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX | | |

平成 年 月 日

所在地
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

局名
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
電話番号
xxxxxx

郵便はがき

このはがきは、支給及び変更決定のお知らせです。
支給決定した方への支払日のお知らせは、別途の通知となります。

(注) 不支給の場合、手書きで「不」の文字を加える。

裏面

| | |
|--|---|
| <p>○ 通院費の支給については、表記のとおり決定したので通知します。</p> <p style="text-align: right;">労働局長 <input type="checkbox"/></p> | <ul style="list-style-type: none"> ○ この決定理由の詳細についてお聞きになりたい点があれば、当局まで照会してください。 ○ この決定に不服がある場合は、決定のあったことを知った日の翌日から起算して60日以内に厚生労働大臣に対して審査請求をすることができます（決定があった日から1年を経過した場合を除きます。）。 <p>この決定に対する取消訴訟は、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となります。）、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます（決定があった日から1年を経過した場合を除きます。）。</p> <p>ただし、この決定があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に審査請求をした場合には、取消訴訟は、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に提起しなければなりません（裁決があった日から1年を経過した場合を除きます。）。</p> |
| <p style="text-align: center; font-weight: bold;">不支給決定／変更決定の理由</p> | |

労働者災害補償保険 療養・休業補償給付等支払振込通知書

(表面)

| | | | | | |
|--------------------|---------------------|----------------------------|---|--|---|
| 労働者災害補償保険 | | | xxxxxx NNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNN NNNN | | 郵便はがき <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 療養・休業補償給付等支払振込通知 | | | | | |
| 支払(振込)金額 | 保険給付額 | ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 | | | |
| | 特別支給金額 | ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 | | | |
| | 特別支給金額 | ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 | | | |
| 期間 | NNNNNN から NNNNNN まで | | | | |
| 振込先 金融機関 店舗名 | NNNNNNNNNNNNNNNN | 備考 NNNN NNNN NNNN | NNNNNNNNNNNNNNNN 様 | | |
| | NNNNNNNNNNNNNNNN | | | | |
| | NNNNNNNNNNNNNNNN | | | | |
| 預貯金種別 | NNNN | | 平成 NN 年 NN 月 NN 日 | | |
| 番号 | NNNN-NNNNNNNNNNNNNN | | 所在地 NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN | | |

所在地
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

官署名
NNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNN

NN-NNNN-NNNN

(本省払)

振込通知

表記の支払金額をご指定の金融機関の預貯金口座に振込みの手続をしましたので通知します。

官署支出官 厚生労働省労働基準局長 印

表記についての説明事項

備考欄に「委任」の表示があるものは受任者払として、事業主等又は柔道整復師等に支払ったことを表します。

(地方払)

(振込払)

振込通知

表記の支払金額をご指定の金融機関の預貯金口座に振込みの手続きをしましたので通知します。

資金前渡官吏 労働基準監督署長 印

表記についての説明事項

備考欄に「委任」の表示があるものは受任者払として、事業主等又は柔道整復師等に支払ったことを表します。

(当地払・送金払)

支払通知

- 現金払を希望された方には表記の支払金額を

年 月 日 午前 午後 時 分頃

支払いますので、以下をお持ちのうえ、当署までおいで下さい。

- ・この【療養・休業】支払振込通知書
- ・請求書に押印した印鑑
- ・運転免許証など、本人確認ができる書類

- 送金払を希望された方には表記の支払金額を最寄りの金融機関に送金の手続きをしました。

資金前渡官吏 労働基準監督署長 印

表記についての説明事項

備考欄に「委任」の表示があるものは受任者払として、事業主等又は柔道整復師等に支払ったことを表します。

労働者災害補償保険 一時金 支払振込通知書

(表面)

| | | | |
|------------------------|--|-----------------|-------------------------------|
| 労働者災害補償保険 一時金支払振込通知 | | | |
| 年金証書番号 | | | |
| 支払(振込)金額 | 保険給付額 | 999,999,999,999 | xxxxxxx NNNNNNNNNNNNNNNNNN |
| | 特別支給金額 | 999,999,999,999 | NNNNNNNNNNNNNNNNNN |
| | 援護費等 | 999,999,999,999 | NNNNNNNNNNNN |
| | 合計 | 999,999,999,999 | NNNN |
| 振込先 金融機関 店舗名 | NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNN | 備考 | NNN NNN NNN |
| 預貯金種別 | NNNNNNNNNNNN | | |
| 番号 | xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx | | |

所在地
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

官署名
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
NN-NNNN-NNNN

郵便はがき

(本省払)

振込通知

表記の支払金額をご指定の金融機関の預貯金口座に振込みの手続きをしましたので通知します。

官署支出官 厚生労働省労働基準局長 印

(地方払)

(振込払)

振込通知

表記の支払金額をご指定の金融機関の預貯金口座に振込みの手続きをしましたので通知します。

資金前渡官吏

労働基準監督署長 印

(当地払・送金払)

支払通知

- 現金払を希望された方には表記の支払金額を

年 月 日 午前 午後 時 分頃

支払いますので、以下をお持ちのうえ、当署までおいで下さい。

- ・この【一時金】支払振込通知書
- ・請求書に押印した印鑑
- ・運転免許証など、本人確認ができる書類

- 送金払を希望された方には表記の支払金額を最寄りの金融機関に送金の手続きをしました。

資金前渡官吏

労働基準監督署長 印

労働者災害補償保険 アフターケア通院費 支払振込通知書
(表面)

| | | | |
|--|--|------|-------------|
| アフターケア通院費支払振込通知 | | | |
| 支払(振込)金額 | 999,999,999,999 | 支払方法 | NNNN NNN |
| 通院年月日 | 平成NN年NN月NN日 | | |
| | 平成NN年NN月NN日 | | |
| | 平成NN年NN月NN日 | | |
| | 平成NN年NN月NN日 | | |
| | 平成NN年NN月NN日 | | |
| 振込先 金融機関 店舗名 | NNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNN | | |
| 預貯金種別 | NNNNN | 口座番号 | NNNNN |
| 番 号 | NNNNNNNNNNNNNNNN | | |
| NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN | | | |

xxxxxxx
NNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNN
NNNN

NNNNNNNNNN 様

平成 NN 年 NN 月 NN 日

所在地
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

官署名
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
NN-NNNN-NNNN

郵便はがき

(本省払)

振込通知

表記の支払金額をご指定の金融機関の預貯金口座に
振込みの手続きをしましたので通知します。

官署支出官 厚生労働省労働基準局長 印

(地方払)

(振込払)

振込通知

表記の支払金額をご指定の金融機関の預貯金口座に振込みの手続きをしましたので通知します。

官署支出官

労働局長

印

(当地払・送金払)

支払通知

- 現金払を希望された方には表記の支払金額を

年 月 日 午前 午後 時 分頃

支払いますので、以下をお持ちのうえ、当署までおいで下さい。

- ・この【アフターケア通院費】支払振込通知書
- ・請求書に押印した印鑑
- ・運転免許証など、本人確認ができる書類

- 送金払を希望された方には表記の支払金額を最寄りの金融機関に送金の手続きをしました。

官署支出官

労働局長

印

労働者災害補償保険 介護 支払振込通知書
(表面)

| | | | |
|--------------------|-------------------|-----------------|----|
| 労働者災害補償保険 | | 介護補償給付等支払振込通知 | |
| 年金証書番号 | | NNNNNNNNNN | |
| 支払(振込)金額 | | 999,999,999,999 | |
| 支給対象 年 月 | 平成NN年NN月 | | |
| | 平成NN年NN月 | | |
| | 平成NN年NN月 | | |
| 振込先 金融機関 店舗名 | NNNNNNNNNN | | 備考 |
| | NNNNNNNNNN | | |
| | NNNNNNNNNN | | |
| 預貯金種別 | NNNNNNNNNN | | |
| 番 号 | NNNN-NNNNNNNNNNNN | | |

XXXXXXXX
NNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNN
NNNN

NNNNNNNNNN 様

平成 NN 年 NN 月 NN 日

所在地
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

官署名
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
NN-NNNN-NNNN

郵便はがき

(裏面)
(本省払用)

振込通知

表記の支払金額をご指定の金融機関の預貯金口座に
振込みの手續をしましたので通知します。

官署支出官 厚生労働省労働基準局長 印

(地方払)

振込通知

表記の支払金額をご指定の金融機関の預貯金口座に振込みの手続きをしましたので通知します。

資金前渡官吏

労働基準監督署長 印

(当地払・送金払)

支払通知

○ 現金払を希望された方には表記の支払金額を

年 月 日 午前 午後 時 分頃

支払いますので、以下をお持ちのうえ、当署までおいで下さい。

- ・この【介護】支払振込通知書
- ・請求書に押印した印鑑
- ・運転免許証など、本人確認ができる書類

○ 送金払を希望された方には表記の支払金額を最寄りの金融機関に送金の手続きをしました。

資金前渡官吏

労働基準監督署長 印