

基発0307第3号  
平成25年3月7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)

### アフターケア通院費支給要綱の一部改正について

アフターケア通院費の支給については、平成9年8月26日付け基発第596号「アフターケアの通院に要する費用の支給について」（以下「通達」という。）により実施してきたところである。

今般、アフターケア通院費のゆうちょ銀行への振込が可能となったこと等から、通達の別添「アフターケア通院費支給要綱」の一部を別紙のとおり改正することとしたので、下記事項に留意の上、今後の事務処理に遺漏なきを期されたい。

### 記

#### 1 改正点

- (1) アフターケア通院費支給申請書(様式第1号)の様式を改めたこと。
- (2) 所要の文言の修正を行ったこと。

#### 2 運用上の留意点

- (1) 今回の改正は、平成25年3月7日（以下「施行日」という。）から実施すること。
- (2) 施行日以降にアフターケア対象者が提出するアフターケア通院費支給申請書は、改正後の様式によること。

「アフターケアの通院に要する費用の支給について」（平成9年8月26日付け基発第596号（最終改正平成22年12月27日付け基発第1227第1号））の別添「アフターケア通院費支給要綱」の一部を次のように改める。

- 1 6の（4）中「「労働省の計算証明書に関する指定について」（平成4年7月29日4検第395号）」を「「厚生労働省の計算証明書に関する指定について」（平成13年3月23日付け13検第180号）」に改める。
- 2 様式第1号を別添のとおり改める。

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

標準字体  
 0 5 ア カ サ タ ナ ハ マ ヤ ラ フ  
 1 6 イ キ シ チ ニ ヒ ミ リ ン  
 2 7 ク ス ツ ス フ ム エ ル  
 3 8 エ ケ セ テ ネ ヘ メ レ  
 4 9 オ コ ソ ト ノ ホ モ ヨ ロ  
 ○濁り、フ濁りは一文字として書いてください。(例) カ<sup>ハ</sup>。

帳票種別   
 ①管轄局   
 ②請求支給  1日支給  
 ③受付年月日 平成   
 ④指定医療機関番号   
 ⑤健康管理手帳番号  
 ⑥預金種別 ⑦口座番号(口座の欄は、E切(5桁)は2桁の記入、空欄は「0」を記入)  
 ⑧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  
 ⑨金融機関コード  
 ⑩郵便局コード

右の欄及び⑦から⑩の欄は、新規若しくは届け出た額を変更する場合のみ記入してください。  
 口座名義人 金融機関名 銀行 全庫 組合 店

通院日	交通手段	1日の片道の交通経路・距離	金額
平成 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	鉄道 バス ( )	( ) (経由) ( ) まで Km	(1) ( ) 円
平成 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	鉄道 バス ( )	( ) (経由) ( ) まで Km	(2) ( ) 円
平成 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	鉄道 バス ( )	( ) (経由) ( ) まで Km	(3) ( ) 円
平成 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	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
平成 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	(5) (4)に記入した交通費の往復合計 ((4)×2)		円 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
平成 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	(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		円 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>

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

平成 年 月 日

〒 \_\_\_\_\_  
 住所 \_\_\_\_\_  
 申請者の TEL \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_ 印  
 (記名押印又は署名)

労働局長殿

受付印

アフターケア 名 付 \_\_\_\_\_  
 所属医療機関の 所在地 \_\_\_\_\_  
 TEL \_\_\_\_\_

○ 提出の注意事項を説んでから記載してください。

○ 印字欄は記入してください。