

○厚生労働省告示第二号

雇用の分野における男女の均等な機会及び待遇の確保等に関する法律（昭和四十七年法律第百十三号）第十三条第二項及び関係法令の規定に基づき、並びに関係法令を実施するため、元号の表記の整理のための厚生労働省関係告示の一部を改正する告示を次のように定める。

令和元年五月七日

厚生労働大臣 根本 匠

元号の表記の整理のための厚生労働省関係告示の一部を改正する告示

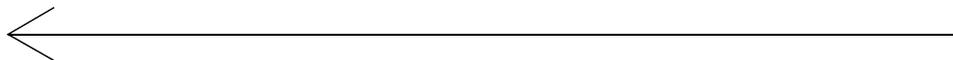
（国立感染症研究所試験検査依頼規程等の一部改正）

第一条 次に掲げる告示の規定中「~~元号~~」を「~~号~~」に改める。

- 一 国立感染症研究所試験検査依頼規程（昭和三十五年厚生省告示第八十二号）別記様式
- 二 国立感染症研究所製品交付規程（昭和三十五年厚生省告示第八十三号）別記様式
- 三 妊娠中及び出産後の女性労働者が保健指導又は健康診査に基づく指導事項を守ることができるようにするために事業主が講ずべき措置に関する指針（平成九年労働省告示第百五号）別記様式
- 四 厚生労働大臣が定める大量の雇用変動の通知の様式を定める件（平成十三年厚生労働省告示第 三百七号）様式（表面）

五 介護保険法施行規則第四百四十条の六十二の四第二号の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準

(平成二十七年厚生労働省告示第百九十七号) 様式第一

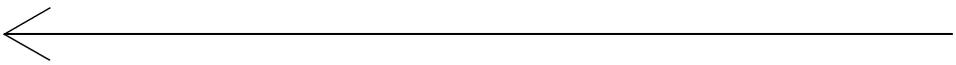


(労働者災害補償保険法の施行に関する事務に使用する文書の様式を定める件の一部改正)

第二条 労働者災害補償保険法の施行に関する事務に使用する文書の様式を定める件(昭和三十五年

労働省告示第十号)の一部を次のように改正する。

様式第五号(表面)を次のように改める。



業務災害用

事項をよく読んだ上で、

標準字体の練習用文字表

療養補償給付たる療養の給付請求書 記入してください。

標準字体で記入してください。

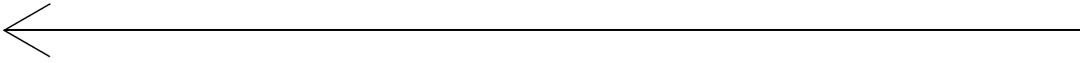
印の欄は記入しないでください。(職員が記入します。)

折り曲げる場合には()の所を谷に折りさらに2つ折りにしてください。

Main form containing fields for account type, insurance number, gender, date of injury, name, address, and disaster details.

Bottom section for decision on payment, including a table for decision date and reasons, and a stamp area.

様式第七号（一）（表面）を次のように改める。



標準	字体	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	〃	。	ー
アイ	ウ	エ	オ	カ	キ	ク	ケ	コ	サ	シ	ス	セ	ソ	タ
チ	ツ	テ	ト	ナ	ニ	ヌ	ネ	ノ	ハ	ヒ	フ	ヘ	ホ	マ
ミ	ム	メ	モ	ヤ	ユ	ヨ	ラ	リ	ル	レ	ロ	ワ	ン	

帳票種別 ①管轄局署 ②業通別 ③受付年月日 ④三者コード ⑤委任未支給 ⑥特別加入者 ⑦審査コード

※ 34260 1業 3通 1自 3勞 5他 1委任 3未支給 5委未

③ 労働保険番号 ④ 管轄局 種別 西暦年 番号

⑤ 労働者の性別 ⑥ 労働者の生年月日 ⑦ 負傷又は発病年月日

⑧ 金融機関 ⑨ 店舗

⑩ 金融機関コード ⑪ 郵便局コード

⑨ 労働者の氏名 (歳) 職種

住所 ⑫ 郵便番号

新規・変更

振込の希望金融機関 口座名義人

⑬ 預金の種類 ⑭ 口座番号 (左詰め)

⑮ メイギン (カタカナ) ⑯ (つづき)メイギン (カタカナ)

⑨の者については、⑦並びに裏面の(ヌ)及び(フ)に記載したとおりであることを証明します。

事業の名称 電話() -

年月日 事業場の所在地 〒 -

事業主の氏名 印

(注意) 派遣労働者について、療養補償給付のみの請求がなされる場合にあっては、派遣先事業主は、派遣元事業主が証明する事項の記載内容が事実と相違ない旨裏面に記載してください。

医師又は歯科医師等の証明

療養の内容 (イ)期間 年月日 から 年月日 まで 日間 診療実日数 日

(ロ)傷病の部位及び傷病名

(ハ)経過の概要

年月日 治療(症状固定)・継続中・転医・中止・死亡

(ニ)療養の内訳及び金額 (内訳裏面のとおりに)

(ホ)看護料 年月日から 年月日 まで 日間 (看護師の資格の有・無)

(ヘ)移送費 から まで 片道・往復 キロメートル 回

(ト)上記以外の療養費 (内訳別紙請求書又は領収書 枚のとおりに)

(チ)療養の給付を受けなかった理由

⑳療養に要した費用の額 (合計) 千万 百万 十万 万 千 百 十 円

㉑費用の種別 ㉒療養期間の初日 ㉓療養期間の末日 ㉔診療実日数 ㉕転帰事由

※ 1診療看護 2移送 3移送 4器具 5診断書

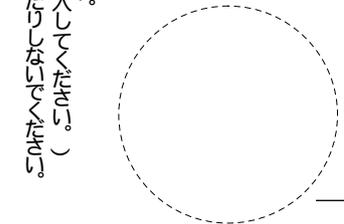
1治療(症状固定) 2継続 3転医 4中止 5死亡

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。

〒 - 電話() -

年月日 住所 (方)

請求人の氏名 印



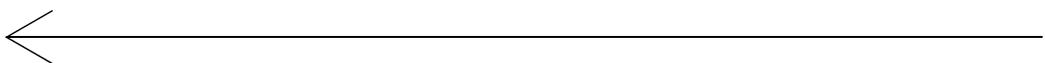
労働基準監督署長 殿

印の欄は記入しないでください。(職員が記入します。)

裏面の注意事項を読んでから記入してください。折り曲げる場合には、()の所を合に折りまして、折り目をつけてください。

(注意) 一、二、三、記入枠の部分は、必ず黒のボールペンを使用し、様式右上に記載された「標準字体」にならって、枠からはみださないように大きめのカタカナ及びアラビア数字で明瞭に記載してください。四、記載すべき事項のない欄又は記入枠は、空欄のままとし、事項を記載する場合は、必ず「標準字体」で記入してください。五、記入すべき文字は、必ず「標準字体」で記入してください。六、必要以下に強く折り曲げたり、必要以下に強く折り曲げたり、のりづけたりしないでください。

様式第七号（二）（表面）を次のように改める。



標準字体 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 〃 〰 ー
 アイウエオカキクケコサシスセソタチツテトナニヌ
 ネノハヒフヘホマミムメモヤユヨラリルレロワン

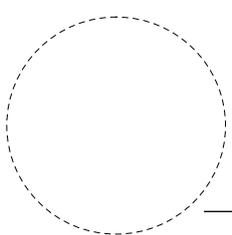


帳票種別	①管轄局署	②業通別	⑧受付年月日	⑩三者コード	⑪委任未支給	⑫特別加入者	⑬審査コード
※ 34261		1業 3通			1自 3勞 5他	1委任 3未支給 5未未	

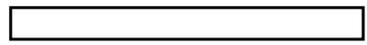
(注意) 一、記入枠の部分は、必ず黒のボールペンを使用し、様式右上に記載された「標準字体」にならって、枠からはみださないように大きめのカタカナ及びアラビア数字で明瞭に記載してください。
 二、記載すべき事項のない欄又は記入枠は、空欄のままとし、事項を選択する場合に付録記載事項を、用紙の裏面に記載してください。(ただし⑤及び⑥欄の元号については該記番号を記入枠に記入してください。)
 三、記入枠の部分は、必ず黒のボールペンを使用し、様式右上に記載された「標準字体」にならって、枠からはみださないように大きめのカタカナ及びアラビア数字で明瞭に記載してください。
 四、記載すべき事項のない欄又は記入枠は、空欄のままとし、事項を選択する場合に付録記載事項を、用紙の裏面に記載してください。(ただし⑤及び⑥欄の元号については該記番号を記入枠に記入してください。)
 五、表示された枠(以下、記入枠とす)に記入する文字は、必ず式文字で記載(OCR)で直接取りを行うので、活字、六をあげたり、必要以下に強く折り曲げたり、のりづけたりしないでください。

印の欄は記入しないでください。(職員が記入します。)
 裏面の注意事項を読んでから記入してください。折り曲げる場合は、()の所を合に折り、()の折りとしてください。

③ 労働保険番号		④ 管轄局 種別 西暦年 番号	
⑤ 労働者の性別		⑥ 労働者の生年月日	
1(男) 3(女)	1 明治 3 大正 5 昭和 7 平成 9 令和	⑦ 負傷又は発病年月日	
⑧ シメイ (カタカナ) : 姓と名の間は1文字あけて記入してください。濁点・半濁点は1文字として記入してください。		⑭ 金融機関コード	
⑨ 労働者の氏名		⑮ 郵便局コード	
住所		⑯ 職 種	
⑰ 新規・変更		⑱ 預金の種類	
振込希望金融機関名	⑲ 口座番号 (左詰め。ゆうちょ銀行の場合は、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)	⑳ 振込希望金融機関名	
口座名義人	㉑ メイギニン (カタカナ) : 姓と名の間は1文字あけて記入してください。濁点・半濁点は1文字として記入してください。		
⑳ 口座名義人		㉒ (つづき) メイギニン (カタカナ)	
⑲の者については、⑦並びに裏面の(ホ)及び(ト)に記載したとおりであることを証明します。			
事業の名称		電話() -	
年月日	事業場の所在地	〒 -	
事業主の氏名		印	
(注意) 派遣労働者について、療養補償給付のみの請求がなされる場合にあっては、派遣元事業主は、派遣元事業主が証明する事項の記載内容が事実と相違ない旨裏面に記載してください。			
(イ) 傷病名	⑲の者については、(イ)に記載したとおりであることを証明します。		
	所在地	〒 -	
	年月日	病院又は診療所の名称	電話() -
		診療担当者氏名	印
薬剤師の証明	⑲の者については、(ロ)、⑳に記載したとおりであること及び(ロ)、㉑に記載した事項は、医師の処方に基づくものであることを証明します。		
	所在地	〒 -	
	年月日	薬局の名称	電話() -
		調剤担当者氏名	印
(ロ) 療養の内容		期間	年月日から 年月日まで 日間 調剤実日数 日
(ハ) 療養の給付を受けなかった理由		㉑ 療養に要した費用の額 (内訳裏面のとおりに) 千万 百万 十万 万 千 百 十 円	
⑲ 療養期間の初日		⑲ 療養期間の末日	⑲ 調剤数量
元号 年 月 日		元号 年 月 日	
※ 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇		から 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇	まで 〇 〇 〇
1~9年は右→		1~9月は右→	1~9日は右→
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。			
〒 -		電話() -	
年 月 日		住所 (方)	
請求人の氏名		印	



労働基準監督署長 殿



様式第七号（三）を次のように改める。



標準	字	体	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	〃	〃	ー
アイ	ウ	エ	オ	カ	キ	ク	ケ	コ	サ	シ	ス	セ	ソ	タ	チ
ツ	テ	ト	ナ	ニ	ヌ	ネ	ノ	ハ	ヒ	フ	ヘ	ホ	マ	ミ	ム
メ	モ	ヤ	ユ	ヨ	ラ	リ	ル	レ	ロ	ワ	ン				



帳票種別	①管轄局署	②業通別	⑧受付年月日	⑩三者コード	⑪委任未支給	⑫特別加入者	⑬審査コード
※ 34262		1業 3通			1自 3勞 5他	1委任 3未支給 7未整	

(注意) 一、二、三、記入枠の部分は、必ず黒のボールペンを使用し、様式右側に記載された「標準字体」にならう。枠からはみださないように大きめのカタカナ及びアラビア数字で明瞭に記載してください。
 二、記載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は、該当事項を「 」で囲んでください。(ただし、⑤及び⑬欄並びに⑥及び⑦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。)
 三、表示された枠(以下、記入枠とす)に記入する文字は、必ず式文字(取替装置(OCR)で直接読取りを行う)ので、活字たり、六をあげたり、必要以下に強く折り曲げたり、のりづけたりしないでください。

印の欄は記入しないでください。(職員が記入します。)
 裏面の注意事項を読んでから記入してください。折り曲げる場合は、()の所を合に折り目をさして、折り目をつけてください。

③ 労働保険番号	④ 管轄局 種別 西暦年 番号
⑤ 労働者の性別 (1男 3女)	⑥ 労働者の生年月日 (元号 年 月 日)
⑦ 負傷又は発病年月日 (元号 年 月 日)	⑭ 金融機関コード
⑧ シメイ (カタカナ) : 姓と名の間は1文字あけて記入してください。濁点・半濁点は1文字として記入してください。	⑮ 郵便局コード
⑨ 労働者の氏名 () 歳	⑯ 職種
⑩ 住所 郵便番号	
⑪ 新規・変更	⑫ 預金の種類 (1普通 3当座)
⑬ 振込希望金融機関 (銀行 金庫 郵便局 信用金庫 信用組合 協同組合 農協 漁協 漁業協同組合 漁業信用組合 漁業信用組合 漁業信用組合 漁業信用組合)	⑭ 口座番号 (左詰め。ゆうちょ銀行の場合は、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)
⑮ 口座名義人	⑯ メイギン (カタカナ) : 姓と名の間は1文字あけて記入してください。濁点・半濁点は1文字として記入してください。
	⑰ (つづき) メイギン (カタカナ)
⑱ ⑨の者については、⑦並びに裏面の(ホ)及び(ト)に記載したとおりであることを証明します。	
事業の名称	電話() -
年月日	事業場の所在地 〒 -
事業主の氏名	印
(注意) 派遣労働者について、療養補償給付のみの請求がなされる場合にあつては、派遣元事業主は、派遣元事業主が証明する事項の記載内容が事実と相違ない旨裏面に記載してください。	
⑲ ⑨の者については、(イ)から(ハ)まで及び⑳に記載したとおりであることを証明します。	
年月日	施術所の名称
	住所
	氏名
療養の内容	(イ) 期間 年月日から 年月日まで 日間 施術実日数 日
(ロ) 傷病の部位及び傷病名	
(ハ) 傷病の経過の概要	年 月 日 治癒(症状固定)・継続中・転医・中止
⑳ 指定・指名番号 (府県 種別 一連番号)	㉑ 療養に要した費用の額 (内訳裏面のとおりに) 千万 百万 十万 万 千 百 十 円
㉒ 療養期間の初日 (元号 年 月 日)	㉓ 療養期間の末日 (元号 年 月 日)
㉔ 施術実日数	㉕ 転帰事由 (1 治療(症状固定) 3 離脱 5 転医 7 中止)

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。

〒 - 電話() -

年 月 日

住所 () 方

請求人の 氏名 印

労働基準監督署長 殿

様式第7号(3) (裏面)

労働者の (二)所属事業場の 名称・所在地	(ホ) 負傷又は発病の時刻	(ヘ) 職名
	午前 午後 時 分 頃	災害発生の実を確認した者の氏名
(ト)災害の原因及び発生状況 (ア)どのような場所で(イ)どのような作業をしているときに(ウ)どのような物又は環境に(エ)どのような不安全な又は有害な状態があつて(オ)どのような災害が発生したか(カ)⑦と初診日が異なる場合はその理由を詳細に記入すること。		

療養の内訳及び金額	初 検 料	初検年月日 平成 年 月 日 時 頃	時間外・深夜・休日加算	円	千	円	
	再 検 料	回	円	指 導 管 理 料	回	円	
	運 動 療 法 料	回	円	施 術 情 報 提 供 料		円	
	休 業 (補 償) 給 付 証 明 料	回	円	証 明 期 間			
	往 診 料	距離(片道) km 回 回	円	夜間・難路・暴風雨雪加算		円	
	整 復 固 定 料 初 回 処 置	傷 病 名 及 び 部 位		金 額	特 別 材 料 料		
		イ		円	円		
		ロ					
		ハ					
	後 療 料	イ		回 円	包 帯 交 換 料	回 円	
		ロ					
		ハ					
		ニ					
	電 療 料	イ 回	ロ 回	ハ 回	ニ 回		
	電 法 料	冷 電 法	イ 回	ロ 回	ハ 回	ニ 回	
温 電 法		イ 回	ロ 回	ハ 回	ニ 回		
そ の 他							
合 計					千	円	

- (注 意)
- 共通の注意事項
 - この請求書は、柔道整復師から施術を受けた場合に提出すること。
 - 事項を選択する場合には、該当する事項を○で囲むこと。
 - (二)は、労働者の直接所属する事業場が一括適用の取扱いを受けている場合に、労働者が直接所属する支店、工事現場等を記載すること。
 - 傷病補償年金の受給権者が当該傷病に係る療養の費用を請求する場合以外の場合の注意事項
 - ④は、記載する必要がないこと。
 - (ヘ)は、災害発生の実を確認した者(確認した者が多数あるときは、最初に発見した者)を記載すること。
 - (ヘ)及び(ト)は、第2回以後の場合には記載する必要がないこと。
 - 第2回以後の請求が離職後である場合には事業主の証明は受ける必要がないこと。
 - 傷病補償年金の受給権者が当該傷病に係る療養の費用を請求する場合の注意事項
 - ③、⑥、⑦及び(ホ)から(ト)までは記載する必要がないこと。
 - 事業主の証明は受ける必要がないこと。
 - 「事業主の氏名」の欄、「施術所の名称」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ること。

派遣先事業主証明欄	派遣元事業主が証明する事項(表面の⑦並びに(ホ)及び(ト))の記載内容について事実と相違ないことを証明します。	
	事業の名称	電話() -
	年 月 日 事業場の所在地	〒 -
事業主の氏名		印
(法人その他の団体であるときはその名称及び代表者の氏名)		

委任状

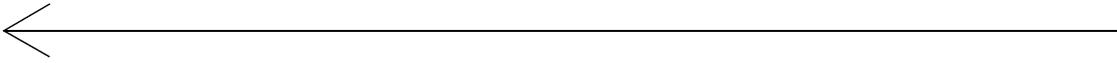
私は、柔道整復師 _____ を代理人と定め、私が請求する表記療養の費用につき労災保険から給付される金額の受領を委任します。

年 月 日 委任者の住所 印

氏名 (記名押印又は署名)

表面の記入枠を訂正したときの訂正印欄	削 字 印 加 字 印	社会保険 労務士 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
				印	() -

様式第七号（四）（表面）を次のように改める。



標準	字	体	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	〃	°	ー
アイ	ウ	エ	オ	カ	キ	ク	ケ	コ	サ	シ	ス	セ	ソ	タ	チ
ツ	テ	ト	ナ	ニ	ヌ	ネ	ノ	ハ	ヒ	フ	ヘ	ホ	マ	ミ	ム
メ	モ	ヤ	ユ	ヨ	ラ	リ	ル	レ	ロ	ワ	ン				



帳票種別	①管轄局署	②業通別	⑧受付年月日	⑩三者コード	⑪委任未支給	⑫特別加入者	⑬審査コード
※ 34263		1業 3通			1自 3勞 5他	1委任 3未支給 7はり師	

③労働保険番号	④管轄局種別	西暦年	番号
⑤労働者の性別	⑥労働者の生年月日	⑦負傷又は発病年月日	⑭金融機関コード
1男 3女	元号 年 月 日	元号 年 月 日	
	1~9月は右→	1~9月は右→	
⑨労働者の氏名	⑩郵便番号	⑪職種の番号	⑮郵便局コード

⑨労働者の住所

氏名 (歳) 職種

振込希望金融機関	⑯預金の種類	⑰口座番号(左詰め)
銀行 金庫 農協 漁協 信用 本店 本所 出張所 支店 支所	1普通 3当座	
口座名義人	⑱メイギン(カタカナ)	
	(つづき)メイギン(カタカナ)	

⑨の者については、⑦並びに裏面の(ホ)及び(ト)に記載したとおりであることを証明します。

事業の名称 電話() -

年月日 事業場の所在地 〒 -

事業主の氏名 印

(注意) 派遣労働者について、療養補償給付のみの請求がなされる場合にあつては、派遣先事業主は、派遣元事業主が証明する事項の記載内容が事実と相違ない旨裏面に記載してください。

⑨の者については、(イ)から(ハ)まで及び⑳に記載したとおりであることを証明します。

年月日 施術所の名称 電話() -

住所 氏名 印

療養の内容	(イ)期間	年月日から 年月日まで	日間 施術実日数 日
(ロ)傷病の部位及び傷病名			
(ハ)傷病の経過の概要	年月日 治癒(症状固定)・継続中・転医・中止		

⑳指定・指名番号	㉑療養に要した費用の額(内訳裏面のとおりに)
府県 種別 一連番号	千万 百万 十万 万 千 百 十 円

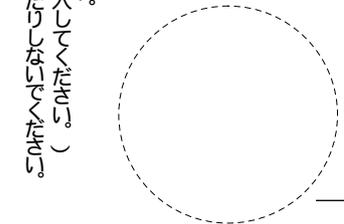
㉒療養期間の初日	㉓療養期間の末日	㉔施術実日数	㉕転帰事由
元号 年 月 日	元号 年 月 日		1治療(症状固定) 3継続 5転医 7中止
1~9月は右→	1~9月は右→		

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。

年月日 〒 - 電話() -

住所 (方)

請求人の 氏名 印



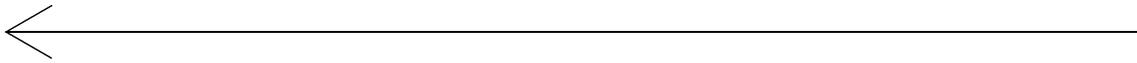
印の欄は記入しないでください。(職員が記入します。)

裏面の注意事項を読んでから記入してください。折り曲げる場合には()の所を合に折り目をさして折りこしてください。

(注意) 一、二、三、記入枠の部分は、必ず黒のボールペンを使用し、様式右上に記載された「標準字体」にならうて、枠からはみださないように大きめのカタカナ及びアラビア数字で明瞭に記載してください。記載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「0」を記入してください。(ただし⑤及び⑥欄並びに⑥及び⑦欄の元号については該元号を記入枠に記入してください。)

⑤表示された枠(以下、記入枠とす)に記入する文字は、必ず式文字で記載(OCR)で直接取りを行うので活字、六をあげたり、必要以下に強く折り曲げたり、のりづけたりしないでください。

様式第七号（五）（表面）を次のように改める。



標準	字	体	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	°	。	—
アイ	ウ	エ	オ	カ	キ	ク	ケ	コ	サ	シ	ス	セ	ソ	タ	チ
ツ	テ	ト	ナ	ニ	ヌ	ネ	ノ	ハ	ヒ	フ	ヘ	ホ	マ	ミ	ム
メ	モ	ヤ	ユ	ヨ	ラ	リ	ル	レ	ロ	ワ	ン				

訪看

帳票種別	①管轄局署	②業通別	⑧受付年月日	⑩三者コード	⑪委任未支給	⑫特別加入者	⑬審査コード
※ 34265		1業 3通			1自 3勞 5他		

(注意) 一、二、三、記入枠の部分は、必ず黒のボールペンを使用し、様式右上に記載された「標準字体」にならって、枠からはみださないように大きめのカタカナ及びアラビア数字で明瞭に記載してください。
二、記載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は該当事項を○で囲んでください。(ただし、⑤及び⑥欄並びに⑦及び⑧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。)
三、記入枠の部分は、必ず黒のボールペンを使用し、様式右上に記載された「標準字体」にならって、枠からはみださないように大きめのカタカナ及びアラビア数字で明瞭に記載してください。
四、○□□□で表示された枠(以下、記入枠という。)に記入する文字は、光学式文字読取装置(OCR)で直接読取りを行うので、汚したり、穴をあけたり、必要以上に強く折り曲げたり、のりづけたりしないでください。

③労働保険番号	府 県 所 掌 管 轄 基 幹 番 号 枝 番 号	④管轄局 種別 西暦年 番号
⑤労働者の性別	⑥労働者の生年月日	⑦負傷又は発病年月日
1男 3女	元号 年 月 日	元号 年 月 日
⑨労働者の氏名	⑭金融機関コード	⑮郵便局コード
住所	⑯郵便番号	職 種

新規・変更	⑯預金の種類	⑰口座番号(左詰め)
振替 振込 振出 振替 振出 振替 振出	1普通 3当座	
銀行 金庫 農協 信託 信用	メイギン(カタカナ) : 姓と名の間は1文字あけて記入してください。濁点・半濁点は1文字として記入してください。	
本店 本所 出張所 支店 支所	⑱(つぎ)メイギン(カタカナ)	
口座 名 義 人		

⑨の者については、⑦並びに裏面(ホ)及び(ト)に記載したとおりであることを証明します。

事業の名称 _____ 電話() - _____

年月日 _____ 事業場の所在地 _____ 〒 - _____

事業主の氏名 _____ 印 _____

(法人その他の団体であるときはその名称及び代表者の氏名)

(注意) 派遣労働者について、療養補償給付のみの請求がなされる場合にあつては、派遣先事業主は、派遣元事業主が証明する事項の記載内容が事実と相違ない旨裏面に記載してください。

医師証明欄

(イ)傷病名 _____

⑨の者については、(イ)に記載したとおりであることを証明します。

年月日 _____ 所在地 _____ 〒 - _____

病院又は診療所の名称 _____ 電話() - _____

診療担当者氏名 _____ 印 _____

訪問看護事業者の証明

⑨の者については、(ロ)及び⑳に記載したとおりであること及び(ロ)に記載した事項は _____ 医師の指示に基づくものであることを証明します。

年月日 _____ 所在地 _____ 〒 - _____

訪問看護事業者の名称 _____ 電話() - _____

訪問看護担当者 _____ 印 _____

療養の内容	(ロ)期間	年月日から 年月日まで	日間	訪問看護の日数	日
⑳療養に要した費用の額(内訳裏面のとおりに。)	千 万 百 万 十 万 万 千 百 十 円				

⑳訪問開始年月日 元号 年 月 日

㉑訪問終了年月日 元号 年 月 日

㉒実日数

※ _____ から _____ まで _____ 日

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。

_____ 年 月 日 _____ 〒 - _____ 電話() - _____

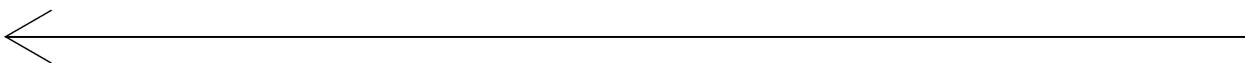
請求人の 住所 _____ (方)

氏名 _____ 印 _____

労働基準監督署長 殿

※印の欄は記入しないでください。(職員が記入します。)
◎裏面の注意事項を読んでから記入してください。折り曲げる場合には(◀)の所を谷に折りさらに2つ折りにしてください。

様式第八号（表面）を次のように改める。



標準	字	体	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	〃	。	ー
アイ	ウ	エ	オ	カ	キ	ク	ケ	コ	サ	シ	ス	セ	ソ	タ	チ
ツ	テ	ト	ナ	ニ	ヌ	ネ	ノ	ハ	ヒ	フ	ヘ	ホ	マ	ミ	ム
メ	モ	ヤ	ユ	ヨ	ラ	リ	ル	レ	ロ	ワ	ン				

帳票種別 ※ **34360** ①管轄局署 ③新継再別 ④受付年月日 元号 年 月 日 ⑧業通別 ⑨三者コード ⑩日雇コード ⑪特別加入者

⑭平均賃金 十 万 万 千 百 十 円 十 銭 ※ ⑮特別給与の額 十 万 万 千 百 十 円 ⑯日数査定 1療 2療 3療 4他 5他 ⑰特支コード ⑱委任未支給 ⑲特別コード

(注意) 一、〇〇〇で表示された枠(以下、記入枠という。)に記入する文字は、光文字式文字読取装置(OCR)で直接読取りを行うので、汚したり、穴をあけたり、必要以上に強く折り曲げたり、のりづけしたりしないでください。
二、記載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(○)で囲んでください。(ただし、⑤及び⑧欄並びに⑥⑦及び⑩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。)
三、記入枠の部分は、必ず黒のボールペンを使用し、様式右上に記載された「標準字体」にならって、枠からはみださないように大きめのカタカナ及びアラビア数字で明瞭に記載してください。

②労働保険番号 府県 | 所管 | 管轄 | 基幹 | 番号 | 枝 | 番号 | ⑤労働者の性別 ⑥労働者の生年月日 元号 年 月 日 ⑦負傷又は発病年月日 元号 年 月 日

⑫労働者 氏名 (歳) ⑰郵便番号 ⑱療養のため労働できなかった期間 元号 年 月 日から 元号 年 月 日まで ⑲賃金を受けなかった日の日数(内訳別紙2のとおり) 日間のうち 日

⑲療養のため労働できなかった期間 元号 年 月 日から 元号 年 月 日まで ⑲賃金を受けなかった日の日数(内訳別紙2のとおり) 日間のうち 日

⑳預金の種類 ㉑口座番号(左詰め。ゆうちょ銀行の場合は、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。)

⑳新規・変更 振込の金額を希望 ㉒メイギニン(カタカナ)：姓と名の間は1文字あけて記入してください。濁点・半濁点は1文字として記入してください。

㉓(つづき)メイギニン(カタカナ)

㉔金融機関 ㉕郵便局コード

⑫の者については、⑦、⑱、㉑、㉒から㉓まで(㉓の(ハ)を除く。)、及び別紙2に記載したとおりであることを証明します。

年月日 事業の名称 電話() - 事業場の所在地 〒 事業主の氏名 印

(法人その他の団体であるときはその名称及び代表者の氏名)

労働者の直接所属事業場名称所在地 電話() -

(注意) 1. ㉓の(イ)及び(ロ)については、㉔の者が厚生年金保険の被保険者である場合に限り証明してください。
2. 労働者の直接所属事業場名称所在地については、労働者が直接所属する事業場が一括適用の取扱いを受けている場合に、労働者が直接所属する支店、工事現場等を記載してください。

1回目の請求書は、(傷病報告提出年月日) 必ず記入してください。(年 月 日)

⑳傷病の部位及び傷病名

㉑療養の期間 年 月 日から 年 月 日まで 日間 診療実日数 日

㉒療養の現況 年 月 日 治療(症状固定)・死亡・転医・中止・継続中

㉓療養のため労働することができなかったと認められる期間 年 月 日から 年 月 日まで 日間のうち 日

⑫の者については、㉑から㉓までに記載したとおりであることを証明します。

年月日 〒 所在地 電話() -

病院又は診療所の名称 診療担当者氏名 印

上記により 休業補償給付の支給を請求します。 〒 電話() -

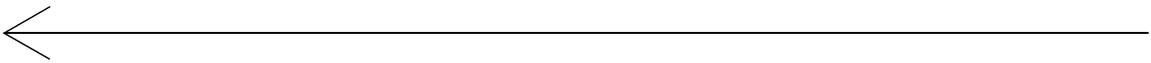
年月日 住所 (方)

請求人の氏名 印

労働基準監督署長 殿

※印の欄は記入しないでください。(職員が記入します。)
裏面の注意事項を読んでから記入してください。
折り曲げる場合には、(▲)の所を谷に折りさらに2つ折りにしてください。

様式第十六号の二の二（表面）を次のように改める。



労働者災害補償保険 介護補償給付 介護給付 支給請求書

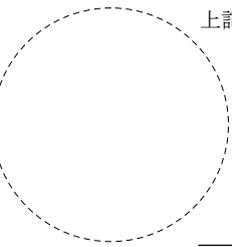
標準字体 アカサタナハマヤラワ 01234 イキシチニヒミリン 56789 ウクスツヌフムユルハ エケセテネヘメレ。 (例) オコソトノホモヨロー カハ。

帳票種別 35290 ①管轄局署 ②受付年月日 ③特別コード ④介護料区分 1有 3無

(注意) 一、 二、 三、 記入枠の部分は、必ず黒のボールペンを使用し、様式の右上に記載された「標準字体」にならうて、枠からはみださないように大きめの力

(イ) 年金証書番号 (ロ) 受給している労災年金の種類 (ハ) 障害の部位及び状態並びに当該障害を有することに伴う日常生活の状態については別紙診断書のとおり。 (ニ) ⑥ 氏名 (カタカナ) : 姓と名の間は1文字あけて左ヅメで記入してください。 生年月日 年 月 日 (ホ) 請求対象年月 (ヘ) 費用を支出して介護を受けた日数 (ト) 介護に要する費用として支出した費用の額 介護に従事した者 親族 友人・知人 看護師・家政婦又は看護補助者 施設職員 (ヘ) 請求対象年月 (ヘ) 費用を支出して介護を受けた日数 (ト) 介護に要する費用として支出した費用の額 介護に従事した者 親族 友人・知人 看護師・家政婦又は看護補助者 施設職員 (ホ) 請求対象年月 (ヘ) 費用を支出して介護を受けた日数 (ト) 介護に要する費用として支出した費用の額 介護に従事した者 親族 友人・知人 看護師・家政婦又は看護補助者 施設職員 右の欄及び③から⑩までの欄は、口座を新規・変更する場合は、届出た口座を変更するのみ記入してください。 振込を希望する金融機関の名称 口座名義人 ②⑧ ※金融機関コード ③⑩ 預(貯)金の種別 ③⑩ 口座番号 (左詰め。ゆうちょ銀行の場合は、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) ③⑩ 口座名義人 (カタカナ) : 姓と名の間は1文字あけて左ヅメで記入してください。 (続き) 口座名義人 (カタカナ) (イ) 介護場所等 (ロ) 施設等 (ただし、病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム及び原子爆弾被爆者特別養護ホームは除く。) 所在地 名称 電話 () - (ヌ) 介護に従事した者 氏名 生年月日 続柄 介護期間・日数 区分 (ル) 添付する書類 イ 診断書 ロ 介護に要した費用の額の証明書(通)

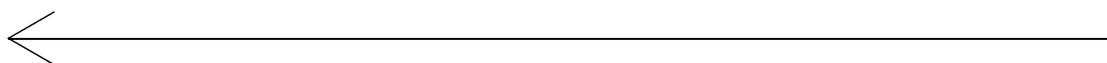
印の欄は記入しないでください。(職員が記入します) 裏面の注意事項を讀んでから記入してください。折り曲げる場合は()の所を谷折りし、かつ折り目をつけてください。



上記により 介護補償給付の支給を 介護給付 請求します。 年 月 日 住所 請求人の () 方 氏名 印 労働基準監督署長 殿

[介護の事実に関する申立て] 私は、上記(リ)及び(ヌ)のとおり介護に従事したことを申し立てます。 住所 氏名 電話番号 印

様式第十六号の三（表面）を次のように改める。



通勤災害用

療養給付たる療養の給付請求書

事項をよく読んだ上で、記入してください。

Table with 12 columns for standard font characters (アイウエオカキクケコ etc.)

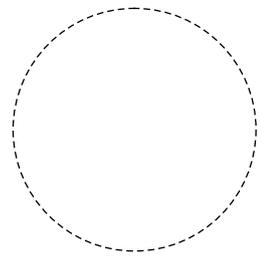
標準字体で記入してください。

印の欄は記入しないでください。(職員が記入します。)

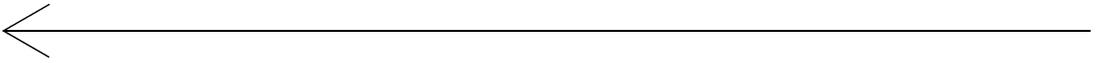
折り曲げる場合には()の所を谷に折りさらに2つ折りにしてください。

Main form containing fields for account type, insurance number, sex, date of birth, injury date, name, address, and other personal information.

Bottom section containing a table for decision dates and reasons, and a field for the applicant's name and address.



様式第十六号の五（一）（表面）を次のように改める。



通勤災害用

第 回

療養給付たる療養の費用請求書 (同一傷病分)

標	準	字	体	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	〃	。	ー
ア	イ	ウ	エ	オ	カ	キ	ク	ケ	コ	サ	シ	ス	セ	ソ	タ	チ
ツ	テ	ト	ナ	ニ	ヌ	ネ	ノ	ハ	ヒ	フ	ヘ	ホ	マ	ミ	ム	
メ	モ	ヤ	ユ	ヨ	ラ	リ	ル	レ	ロ	ワ	ン					

帳票種別	①管轄局署	②業通別	⑧受付年月日	⑩三者コード	⑪委任未支給	⑫特別加入者	⑬審査コード
※ 34260		3 1業 3通			1 自 3 勞 5 他	1 委任 3 未支給 5 委未	

(注意) 一、二、三、記入枠の部分は、必ず黒のボールペンを使用し、様式右上に記載された「標準字体」にならう。枠からはみださないように大きめのカタカナ及びアラビア数字で明瞭に記載してください。
 二、記載すべき事項のない欄又は記入枠は、空欄のままとし、事項を撰択する場合、戸籍簿記載事項を、用紙を添付する場合は戸籍簿記載事項を、用紙を添付しない場合は、必要に応じて、必要以下に強く折り曲げたり、必要以下に強く折り曲げたり、のりづけたりしないでください。
 三、記入枠の部分は、必ず黒のボールペンを使用し、様式右上に記載された「標準字体」にならう。枠からはみださないように大きめのカタカナ及びアラビア数字で明瞭に記載してください。
 四、記載すべき事項のない欄又は記入枠は、空欄のままとし、事項を撰択する場合、戸籍簿記載事項を、用紙を添付する場合は、必要に応じて、必要以下に強く折り曲げたり、必要以下に強く折り曲げたり、のりづけたりしないでください。

印の欄は記入しないでください。(職員が記入します。)
裏面の注意事項を読んでから記入してください。折り曲げる場合には、()の所を合に折り曲げたり、のりづけたりしないでください。

③ 労働保険番号	④ 管轄局 種別 西暦年 番号			
⑤ 労働者の性別	⑥ 労働者の生年月日	⑦ 負傷又は発病年月日	⑭ 金融機関	⑮ 郵便局コード
1 男 3 女				

⑨ 労働者の氏名 () 歳 職種 ()

住所 ⑯ 郵便番号

新規・変更

振込希望金融機関名

口座名義人

⑰ 預金の種類

⑱ 口座番号 (左詰め)

⑲ (つづき) メイギニン (カタカナ)

⑨の者については、⑦並びに裏面の(ワ) (通常通勤の経路及び方法に限る。)、(カ)、(ヨ)、(タ)、(レ)、(ツ)、(ネ)及び(ム)に記載したとおりであることを証明します。

事業の名称 電話 () - ()

年月日 事業場の所在地 〒 - () ()

事業主の氏名 印

(法人その他の団体であるときはその名称及び代表者の氏名)

(注意) 1 事業主は裏面の(ワ)、(カ)及び(ヨ)については、知り得なかった場合には証明する必要がないので、知り得なかった事項の符号を消してください。
 2 派遣労働者について、療養給付のみの請求がなされる場合にあつては、派遣先事業主は、派遣元事業主が証明する事項の記載内容が事実と相違ない旨裏面に記載してください。

医師又は歯科医師等の証明

療養の内容 (イ) 期間 年月日 から 年月日 まで 日間 診療実日数 日

(ロ) 傷病の部位及び傷病名

(ハ) 傷病の経過の概要

年月日 治療(症状固定)・継続中・転医・中止・死亡

(ニ) 療養の内訳及び金額 (内訳裏面のとおりに)

(ホ) 看護料 年月日から 年月日 まで 日間 (看護師の資格の有・無)

(ヘ) 移送費 から まで 片道・往復 キロメートル 回

(ト) 上記以外の療養費 (内訳別紙請求書又は領収書 枚のとおりに)

(チ) 療養の給付を受けなかった理由

⑳ 療養に要した費用の額 (合計) 千万 百万 十万 万 千 百 十 円

㉑ 費用の種別

㉒ 療養期間の初日 元号 年 月 日

㉓ 療養期間の末日 元号 年 月 日

㉔ 診療実日数

㉕ 転帰事由

1 治療(症状固定)
2 継続
3 転医
4 中止
5 死亡

上記により療養給付たる療養の費用の支給を請求します。

〒 - () 電話 () - ()

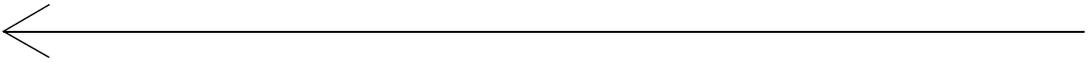
年 月 日

住所 () 方

請求人の氏名 印

労働基準監督署長 殿

様式第十六号の五（二）（表面）を次のように改める。



通勤災害用

第 回

療養給付たる療養の費用請求書 (同一傷病分)

標	準	字	体	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	〃	。	ー
ア	イ	ウ	エ	オ	カ	キ	ク	ケ	コ	サ	シ	ス	セ	ソ	タ	チ
ツ	テ	ト	ナ	ニ	ヌ	ネ	ノ	ハ	ヒ	フ	ヘ	ホ	マ	ミ	ム	
メ	モ	ヤ	ユ	ヨ	ラ	リ	ル	レ	ロ	ワ	ン					



帳票種別	①管轄局署	②業通別	⑧受付年月日	⑩三者コード	⑪委任未支給	⑫特別加入者	⑬審査コード
※ 34261		3 1業 3通			1自 3勞 5他	1委任 3未支給 5委未	

(注意) 一、二、三、記入枠の部分は、必ず黒のボールペンを使用し、様式右上に記載された「標準字体」にならう。枠からはみださないように大きめのカタカナ及びアラビア数字で明瞭に記載してください。
 一、記載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付する印字事項を、用紙の裏面に記載してください。(ただし⑤及び⑩欄並びに⑥及び⑦欄の元号については、該印字番号を記入枠に記入してください。)
 二、表示された枠(以下、記入枠とす)に記入する文字は、半角カタカナで入力してください。
 三、記入すべき文字は、半角カタカナで入力してください。
 四、記入すべき文字は、半角カタカナで入力してください。
 五、記入すべき文字は、半角カタカナで入力してください。
 六、必要以下に強く折り曲げたり、のりづけたりしないでください。

③ 労働保険番号	④ 管轄局 種別 西暦年 番号			
⑤ 労働者の性別	⑥ 労働者の生年月日	⑦ 負傷又は発病年月日	⑭ 金融機関	⑮ 郵便局コード
1男 3女				

⑨ 労働者の氏名 (歳) 職種

住所 ⑭ 郵便番号

新規・変更	⑯ 預金の種類	⑰ 口座番号 (左詰め。ゆうちょ銀行の場合は、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。)
振込希望金融機関	1普通 3当座	
口座名義人	メイギン (カタカナ) : 姓と名の間は1文字あけて記入してください。濁点・半濁点は1文字として記入してください。	
	⑱ (つづき)メイギン (カタカナ)	

⑨の者については、⑦並びに裏面の(チ) (通常の通勤の経路及び方法に限る。)、(リ)、(ヌ)、(ル)、(ヲ)、(カ)、(ヨ)及び(ソ)に記載したとおりであることを証明します。

事業の名称 電話() -

年月日 事業場の所在地 〒 -

事業主の氏名 印

(法人その他の団体であるときはその名称及び代表者の氏名)

(注意) 1 事業主は裏面の(チ)、(リ)及び(ヌ)については、知り得なかった場合には証明する必要がないので、知り得なかった事項の符号を消してください。
 2 派遣労働者について、療養給付のみの請求がなされる場合にあつては、派遣先事業主は、派遣元事業主が証明する事項の記載内容が事実と相違ない旨裏面に記載してください。

(イ) 傷病名 ⑨の者については、(イ)に記載したとおりであることを証明します。

所在地 〒 -

年月日 病院又は診療所の名称 電話() -

診療担当者氏名 印

薬剤師の証明 ⑨の者については、(ロ)、⑩に記載したとおりであること及び(ロ)、⑩に記載した事項は、医師の処方に基づくものであることを証明します。

所在地 〒 -

年月日 薬局の名称 電話() -

調剤担当者氏名 印

(ロ) 療養の内容 期間 年月 日から 年月 日まで 日間 調剤実日数 日

(ハ) 療養の給付を受けなかった理由

⑳ 療養に要した費用の額 (内訳裏面のとおりに) 千万 百万 十万 万 千 百 十 円

㉑ 療養期間の初日 ㉒ 療養期間の末日 ㉓ 調剤数量

※ 元号 年 月 日 から 元号 年 月 日 まで

上記により療養給付たる療養の費用の支給を請求します。

〒 - 電話() -

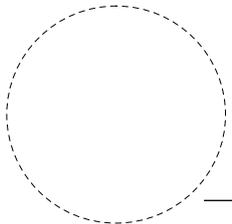
年月日

請求人の住所 (方)

氏名 印

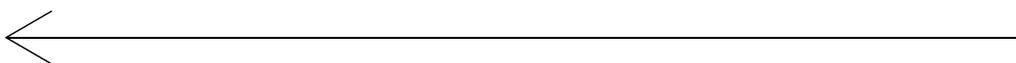
印の欄は記入しないでください。(職員が記入します。)

裏面の注意事項を読んでから記入してください。折り曲げる場合には、()の所を合に折り曲げてください。



労働基準監督署長 殿

様式第十六号の五（三）を次のように改める。



通勤災害用

第 回

療養給付たる療養の費用請求書 (同一傷病分)

標	準	字	体	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	〃	。	ー
ア	イ	ウ	エ	オ	カ	キ	ク	ケ	コ	サ	シ	ス	セ	ソ	タ	チ
ツ	テ	ト	ナ	ニ	ヌ	ネ	ノ	ハ	ヒ	フ	ヘ	ホ	マ	ミ	ム	メ
モ	ヤ	ユ	ヨ	ラ	リ	ル	レ	ロ	ワ	ン						

柔

帳票種別	①管轄局署	②業通別	⑧受付年月日	⑩三者コード	⑪委任未支給	⑫特別加入者	⑬審査コード
※ 34262		3 1業 3通			1 自 3 勞 5 他	1 委任 3 未支給 7 未整	

(注意) 一、二、三、記入枠の部分は、必ず黒のボールペンを使用し、様式右上に記載された「標準字体」にならう。枠からはみださないように大きめのカタカナ及びアラビア数字で明瞭に記載してください。
 二、記載すべき事項のない欄又は記入枠は、空欄のままとし、事項を撰択する場合は「1」及び「2」の数字を記入してください。(ただし⑤及び⑩欄並びに⑥及び⑦欄の数字については該数字を記入枠に記入してください。)
 三、表示された枠(以下、記入枠とす)に記入する文字は、必ず式文字で記載(OCR)で直接取りを行うので、活字、六をあげたり、必要以下に強く折り曲げたり、のりづけたりしないでください。

③ 労働保険番号	府 県	所 掌	管 轄	基 幹	番 号	枝 番 号	④ 管轄局 種別	西 暦 年	番 号

⑤ 労働者の性別	⑥ 労働者の生年月日	⑦ 負傷又は発病年月日	⑭ 金融機関	店 舗
1 (男) 3 (女)	元 年 月 日	元 年 月 日		
	1~9年は右→ 1~9月は右→ 1~9日は右→	1~9年は右→ 1~9月は右→ 1~9日は右→	※ 金融機関コード	

⑨ 労働者の氏名	⑩ 郵便番号	⑪ 職 種
住所		

⑫ 振込の希望金融機関	⑬ 口座番号	⑭ 口座名義人
⑮ 預金の種類	⑯ 口座番号(左詰め)	
1 普通 3 当座		
メイギン(カタカナ) : 姓と名の間は1文字あけて記入してください。濁点・半濁点は1文字として記入してください。		

⑰ 事業の名称	電話() -
年月日	事業場の所在地
	〒 -
事業主の氏名	印

⑱ 療養の内容	(イ) 期間	年月日から 年月日まで	日間	施術実日数	日
(ロ) 傷病の部位及び傷病名					
(ハ) 傷病の経過の概要					

⑲ 指定・指名番号	⑳ 療養に要した費用の額(内訳裏面のとおりに)		
府 県 種別 一 連 番 号	千 万 百 万 十 万 万 千 百 十 円		
㉑ 療養期間の初日	㉒ 療養期間の末日	㉓ 施術実日数	㉔ 転帰事由
元 年 月 日	元 年 月 日		1 治療 (症状固定) 3 療養 5 転医 7 中止

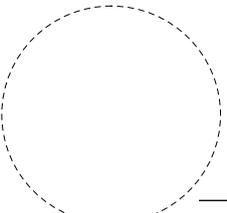
上記により療養給付たる療養の費用の支給を請求します。

〒 - 電話() -

年 月 日

住所 (方)

請求人の 氏名 印



労働基準監督署長 殿

印の欄は記入しないでください。(職員が記入します。)

裏面の注意事項を読んでから記入してください。折り曲げる場合には()の所を合に折りたたんでください。

様式第16号の5(3)(裏面)

(二) 災害時の通勤の種別 (該当する記号を記入)	イ. 住居から就業の場所への移動 ハ. 就業の場所から他の就業の場所への移動 ニ. イに先行する住居間の移動	ロ. 就業の場所から住居への移動 ホ. ロに後続する住居間の移動
(ホ) 労働者の 所属事業場の 名称・所在地	(ハ) 住所 現認者の 氏名	電話() -
(ト) 災害の原因及び発生状況	(ア) どのような場所を(イ)どのような方法で移動している際に(ウ)どのような物で又はどのような状況において(エ)どのようにして災害が発生したか(オ)⑦と初診日が異なる場合はその理由を簡明に記載すること	
(リ) 負傷又は発病の年月日及び時刻	年 月 日 午 前 後 時 分	(チ) 災害時の通勤の種別に関する移動の通常の経路、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、時間、その他の状況
(ヌ) 災害発生の場所		
(ル) 就業の場所 (災害時の通勤の種別がハに該当する場合は移動の起点たる就業の場所)		
(ヲ) 就業開始の予定年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別がイ、ハ又はニに該当する場合は記載すること)	年 月 日 午 前 後 時 分	
(ワ) 住居を離れた年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別がイ、ニ又はホに該当する場合は記載すること)	年 月 日 午 前 後 時 分	
(カ) 就業終了の年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別がロ、ハ又はホに該当する場合は記載すること)	年 月 日 午 前 後 時 分	
(ヨ) 就業の場所を離れた年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別がロ又はハに該当する場合は記載すること)	年 月 日 午 前 後 時 分	
(タ) 第三者行為災害	該当する ・ 該当しない	
(レ) 健康保険日雇特例被保険者手帳の記号及び番号	(通常の移動の所要時間 時間 分)	
(ソ) 転任の事実の有無(災害時の通勤の種別がニ又はホに該当する場合)	有・無	(ツ) 転任直前の住居に係る住所

初 検 料	初検年月日	平成 年 月 日 時 分	時間外・深夜・休日加算	円	千	円					
再 検 料	回	円	指導管理料	円							
運 動 療 法 料	回	円	施術情報提供料	円							
休 業 (補 償) 給 付 証 明 料	回	円	証明期間								
往 診 料	距離(片道) km	回	1 回	円	夜間・難路・暴風雨雪加算	円					
療 養 の 内 訳 及 び 金 額	傷病名及び部位		金 額	特別材料料							
	イ		円								
	ロ										
	ハ										
	ニ										
後 療 料	イ		円	包 帯 交 換 料	回	円					
	ロ										
	ハ										
	ニ										
電 療 料	イ	回	ロ	回	ハ	回	ニ	回			
電 法 料	冷電法	イ	回	ロ	回	ハ	回	ニ	回		
	温電法	イ	回	ロ	回	ハ	回	ニ	回		
そ の 他											
合 計						円					

(注 意)

- 共通の注意事項
 - この請求書は、柔道整復師から施術を受けた場合に提出すること。
 - 事項を選択する場合には、該当する事項を○で囲むこと。
 - (ホ)は、労働者の直接所属する事業場が一括適用の取扱いを受けている場合に、労働者が直接所属する支店、工事現場等を記載すること。
 - (レ)は、請求人が健康保険の日雇特例被保険者でない場合には、記載する必要がないこと。
- 傷病年金の受給権者が当該傷病に係る療養の費用を請求する場合以外の場合の注意事項
 - ④は、記載する必要がないこと。
 - 第2回以後の請求の場合には、(ハ)から(ヨ)まで、並びに(ソ)及び(ツ)については記載する必要がなく、また事業主の証明は受ける必要がないこと。
- 傷病年金の受給権者が当該傷病に係る療養の費用を請求する場合の注意事項
 - ③、⑥、⑦及び(ハ)から(タ)まで、並びに(ソ)及び(ツ)は記載する必要がないこと。
 - 事業主の証明は受ける必要がないこと。
- 「事業主の氏名」の欄、「施術所の名称」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ること。

派遣先事業主 証明欄	派遣元事業主が証明する事項(表面の⑦並びに(チ)(通常の通勤の経路及び方法に限る。)、(リ)、(ヌ)、(ル)、(ヲ)、(カ)、(ヨ)及び(ソ))の記載内容について事実と相違ないことを証明します。
	事業の名称 電話() -
	年 月 日 事業場の所在地 〒 -
	事業主の氏名 印
(法人その他の団体であるときはその名称及び代表者の氏名)	

委 任 状

私は、柔道整復師 _____ を代理人と定め、私が請求する表記療養の費用につき労災保険から給付される金額の受領を委任します。

年 月 日 委任者の住所 氏名 印 (記名押印又は署名)

表面の記入枠を訂正したとき の訂正印欄	削 字 印 加 字	社会保険 労務士 記載欄	作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示	氏 名	電 話 番 号 印 () -
------------------------	--------------	--------------------	----------------------	-----	--------------------

様式第十六号の五（四）（表面）を次のように改める。



通勤災害用

第 回

療養給付たる療養の費用請求書 (同一傷病分)

標	準	字	体	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	〃	。	ー
ア	イ	ウ	エ	オ	カ	キ	ク	ケ	コ	サ	シ	ス	セ	ソ	タ	チ
ツ	テ	ト	ナ	ニ	ヌ	ネ	ノ	ハ	ヒ	フ	ヘ	ホ	マ	ミ	ム	
メ	モ	ヤ	ユ	ヨ	ラ	リ	ル	レ	ロ	ワ	ン					

はりきゅう

帳票種別	①管轄局署	②業通別	⑧受付年月日	⑩三者コード	⑪委任未支給	⑫特別加入者	⑬審査コード
※ 34263		3 1業 3通			1 自 3 委 5 他	1 委任 3 未支給 7 はり師	

(注意) 一、二、三、記入枠の部分は、必ず黒のボールペンを使用し、様式右上に記載された「標準字体」にならう。枠からはみださないように大きめのカタカナ及びアラビア数字で明瞭に記載してください。
 二、記載すべき事項のない欄又は記入枠は、空欄のままとし、事項を撰択する場合は「ハ」及び「シ」を記入してください。
 三、記入すべき文字は、必ず式文字で記載(OCR)で直接取りを行うので、活字、六をあげたり、必要以下に強く折り曲げたり、のりづけたりしないでください。

③ 労働保険番号	④ 管轄局 種別 西暦年 番号		
⑤ 労働者の性別	⑥ 労働者の生年月日	⑦ 負傷又は発病年月日	⑭ 金融機関コード
1 男 3 女	元号 年 月 日	元号 年 月 日	金融機関 店舗
	1~9月は右→	1~9月は右→	※ ⑮ 郵便局コード

⑨ 労働者の氏名 (カタカナ) : 姓と名の間は1文字あけて記入してください。濁点・半濁点は1文字として記入してください。

住所 ⑯ 郵便番号

氏名 (歳) 職種

新規・変更	⑰ 預金の種類	⑱ 口座番号 (左詰め)
振込の希望金融機関名	1 普通 3 当座	ゆうちょ銀行の場合は、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。
口座名義人	メイギニン (カタカナ) : 姓と名の間は1文字あけて記入してください。濁点・半濁点は1文字として記入してください。	
	⑲ (つづき)メイギニン (カタカナ)	

⑨の者については、⑦並びに裏面の(チ) (通常の通勤の経路及び方法に限る。)、(リ)、(ヌ)、(ル)、(ヲ)、(カ)、(ヨ)及び(シ)に記載したとおりであることを証明します。

事業の名称 電話() -

年月日 事業場の所在地 〒 -

事業主の氏名 印

(法人その他の団体であるときはその名称及び代表者の氏名)

(注意) 1 事業主は裏面の(チ)、(リ)及び(ヌ)については、知り得なかった場合には証明する必要がないので、知り得なかった事項の符号を消してください。
 2 派遣労働者について、療養給付のみの請求がなされる場合にあつては、派遣先事業主は、派遣元事業主が証明する事項の記載内容が事実と相違ない旨裏面に記載してください。

⑨の者については、(イ)から(ハ)まで及び⑳に記載したとおりであることを証明します。

年月日 施術所の名称 住所 氏名 印

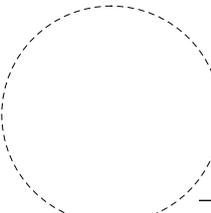
療養の内容	(イ) 期間	年月日から 年月日まで	日間 施術実日数 日
(ロ) 傷病の部位及び傷病名			
(ハ) 傷病の経過の概要	年月日 治癒(症状固定)・継続中・転医・中止		

⑳ 指定・指名番号	㉑ 療養に要した費用の額 (内訳裏面のとおりに)		
府県 種別 一連番号	千万 百万 十万 万 千 百 十 円		
㉒ 療養期間の初日	㉓ 療養期間の末日	㉔ 施術実日数	㉕ 転帰事由
元号 年 月 日	元号 年 月 日		1 治療 (症状固定) 3 療死 5 転医 7 中止
1~9月は右→	1~9月は右→		

上記により療養給付たる療養の費用の支給を請求します。

年月日 住所 (方)

請求人の 氏名 印



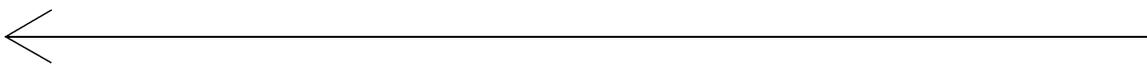
労働基準監督署長 殿

印の欄は記入しないでください。(職員が記入します。)

裏面の注意事項を読んでから記入してください。

折り曲げる場合には、()の所を合に折り曲げてください。

様式第十六号の五（五）（表面）を次のように改める。



標	準	字	体	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	〃	。 -
ア	イ	ウ	エ	オ	カ	キ	ク	ケ	コ	サ	シ	ス	セ	ソ	タ
チ	ツ	テ	ト	ナ	ニ	ヌ	ネ	ノ	ハ	ヒ	フ	ヘ	ホ	マ	ミ
ム	メ	モ	ヤ	ユ	ヨ	ラ	リ	ル	レ	ロ	ワ	ン			

訪看

帳票種別	①管轄局署	②業通別	⑧受付年月日	⑩三者コード	⑪委任未支給	⑫特別加入者	⑬審査コード
※ 34265		3					

(注意) 一、二、三、記入枠の部分は、必ず黒のボールペンを使用し、様式右上に記載された「標準字体」にならって、枠からはみださないように大きめのカタカナ及びアラビア数字で明瞭に記載してください。
 一、〇□□で表示された枠(以下、記入枠という。)に記入する文字は、光学式文字読取装置(OCR)で直接読取りを行うので、汚したり、穴をあけたり、必要以上に強く折り曲げたり、のりづけしたりしないでください。
 二、記載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(○)で囲んでください。(ただし、⑤及び⑥欄並びに⑧及び⑦欄の元号については該番号を記枠に記入してください。)
 三、記入枠の部分は、必ず黒のボールペンを使用し、様式右上に記載された「標準字体」にならって、枠からはみださないように大きめのカタカナ及びアラビア数字で明瞭に記載してください。

③労働保険番号	府 県 所 掌 管 轄 基 幹 番 号 枝 番 号	④管轄局 種別 西暦年 番号
⑤労働者の性別	⑥労働者の生年月日	⑦負傷又は発病年月日
1 男 3 女	元号 年 月 日	元号 年 月 日
⑨労働者の氏名	⑭金融機関コード	⑮郵便局コード

シメイ(カタカナ)：姓と名の間は1字あけて記入してください。濁点・半濁点は1文字として記入してください。

住所 ⑭郵便番号

新規・変更	⑯預金の種類	⑰口座番号(左詰め。ゆうちょ銀行の場合は、記号(5桁)は左詰め、番号は右詰めで記入し、空欄は「0」を記入。)
振替 銀行 振込 金融機関 希望 振込 希望 振込 希望	1 普通 3 当座	
⑱	⑲	

⑧の者については、⑦並びに裏面の(チ)通常の通勤の経路及び方法に限る。)、(リ)、(ヌ)、(ル)、(ヲ)、(カ)、(ヨ)及び(ソ)に記載したとおりであることを証明します。

事業の名称 電話() -

年月日 事業場の所在地 〒 -

事業主の氏名 印

(注意) 1 事業主は、裏面の(チ)、(リ)及び(ヌ)については、知り得なかった場合には証明する必要がないので、知り得なかった事項の符号を消してください。
 2 派遣労働者について、療養給付のみの請求がなされる場合にあつては、派遣先事業主は、派遣元事業主が証明する事項の記載内容が事実と相違ない旨裏面に記載してください。

(イ)傷病名

⑧の者については、(イ)に記載したとおりであることを証明します。

年月日 病院又は診療所の名称 診療担当者氏名

所在地 〒 -

電話() -

印

訪問看護事業者の証明

⑧の者については、(ロ)及び⑳に記載したとおりであること及び(ロ)に記載した事項は 医師の指示に基づくものであることを証明します。

年月日 訪問看護事業者の名称 訪問看護担当者

所在地 〒 -

電話() -

印

療養の内容	(ロ)期間	年月日から 年月日まで	日間	訪問看護の日数	日
⑳療養に要した費用の額(内訳裏面のとおり。)	(ハ)療養の給付を受けなかった理由				

⑳訪問開始年月日 ㉑訪問終了年月日 ㉒実日数

元号 年 月 日 元号 年 月 日

※ 〇〇〇〇から 〇〇〇〇まで 〇〇〇日

上記により療養給付たる療養の費用の支給を請求します。

年月日 〒 - 電話() -

請求人の 住所 () 方

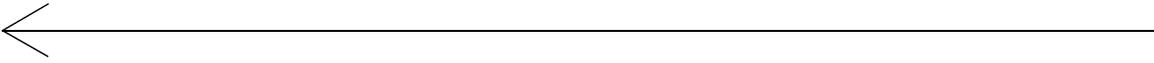
氏名 印

労働基準監督署長 殿

※印の欄は記入しないでください。(職員が記入します。)

◎裏面の注意事項を読んでから記入してください。折り曲げる場合には(◀)の所を谷に折りさらに2つ折りにしてください。

様式第十六号の六（表面）を次のように改める。



標準	字	体	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	〃	。	ー
アイ	ウ	エ	オ	カ	キ	ク	ケ	コ	サ	シ	ス	セ	ソ	タ	チ
ツ	テ	ト	ナ	ニ	ヌ	ネ	ノ	ハ	ヒ	フ	ヘ	ホ	マ	ミ	
ム	メ	モ	ヤ	ユ	ヨ	ラ	リ	ル	レ	ロ	ワ	ン			

帳票種別 ※ **34360** ①管轄局署 ③新継再別 ④受付年月日 元号 年 月 日 ⑧業通別 **3** ⑨三者コード ⑩日雇コード ⑪特別加入者

⑦平均賃金 十 万 万 千 百 十 円 十 銭 ⑫特別給与の額 十 万 万 千 百 十 円 ⑬日数査定 ⑭療養待4他 ⑮特支コード ⑯委任未支給 ⑰特別コード

②労働保険番号 ⑤労働者の性別 ⑥労働者の生年月日 ⑦負傷又は発病年月日

⑫労働者名 (歳)

⑭郵便番号 ⑮住所

⑱療養のため労働できなかった期間 元号 年 月 日 から 元号 年 月 日 まで 日間のうち 日

⑲下の欄及び⑳、㉑、㉒、㉓欄は、口座を新規に届け出る場合、又は、届け出た口座を変更する場合のみ記入してください。

⑳預金の種類 ㉑口座番号 (左詰め。ゆうちょ銀行の場合は、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。)

⑳新規・変更

振込の金融機関名 ㉒金融機関コード ㉓郵便局コード

⑳の者については、㉑、㉒、㉓、㉔から㉕まで、㉖、㉗、㉘、㉙、㉚、㉛ (通常の通勤の経路及び方法に限る。)、㉜、㉝、㉞ (㉞の(ハ)を除く。)及び別紙2に記載したとおりであることを証明します。

年月日

事業の名称 電話() -

事業場の所在地 〒 -

事業主の氏名 印

(法人その他の団体であるときはその名称及び代表者の氏名)

労働者の直接所属事業場名称所在地 電話() -

(注意)

- ㉑の(イ)及び(ロ)については、㉒の者が厚生年金保険の被保険者である場合に限り証明してください。
- 労働者の直接所属事業場名称所在地については、当該事業場が一括適用の取扱いを受けている場合に、労働者が直接所属する支店、工事現場等を記載してください。

⑳傷病の部位及び傷病名

㉑療養の期間 年 月 日から 年 月 日まで 日間 診療実日数 日

㉒療養の現況 年 月 日 治癒(症状固定)・死亡・転医・中止・継続中

㉓療養のため労働することができなかったと認められる期間 年 月 日から 年 月 日まで 日間のうち 日

㉔の者については、㉕から㉖までに記載したとおりであることを証明します。

年月日 〒 - 電話() -

所在地

病院又は診療所の名称

診療担当者氏名 印

⑳傷病の部位及び傷病名

㉑療養の期間 年 月 日から 年 月 日まで 日間 診療実日数 日

㉒療養の現況 年 月 日 治癒(症状固定)・死亡・転医・中止・継続中

㉓療養のため労働することができなかったと認められる期間 年 月 日から 年 月 日まで 日間のうち 日

㉔の者については、㉕から㉖までに記載したとおりであることを証明します。

年月日 〒 - 電話() -

所在地

病院又は診療所の名称

診療担当者氏名 印

上記により 休業給付の支給を請求します。 〒 - 電話() -

年月日 住所 (方)

請求人の氏名 印

労働基準監督署長 殿

(注意) 一、二、三、記入枠の部分は、必ず黒のボールペンを使用し、様式右上に記載された「標準字体」にならって、枠からはみださないように大きめのカタカナ及びアラビア数字で明瞭に記載してください。

二、記載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、⑤及び⑧欄並びに⑥⑦及び⑩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。)

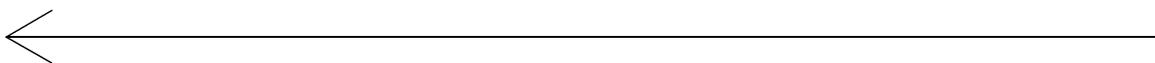
三、□□□□で表示された枠(以下、記入枠という。)に記入する文字は、光学的文字読取装置(OCR)で直接読取りを行うので、汚したり、穴をあけたり、必要以上に強く折り曲げたり、のりづけしたりしないでください。

※印の欄は記入しないでください。(職員が記入します。)

◎裏面の注意事項を読んでから記入してください。

◀の所を谷に折りさらに2つ折りにしてください。

様式第十六号の十の二（表面）を次のように改める。



裏面に記載してある注意事項をよく
読んで上で、記入してください。

標準字体

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

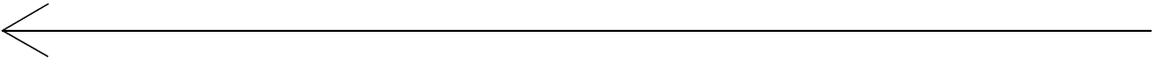
二次健康診断等給付請求書

帳票種別	①管轄局	②帳票区分	③保留	④受付年月日												
※ 38530	□□	無新規 1 移行 □	□	□□□□□□□□												
				1~9年は右へ 1~9日は右へ 1~9日は右へ												
⑤労働 保険 番号	「府県」	「所掌」	「管轄」	「基幹番号」												
□□□□□□□□	□□	□□	□□	□□□□□□□□												
				⑥処理区分												
				※ □□												
				⑦支給・不支給決定年月日												
				□□□□□□□□												
				⑧特例コード												
				1 3か月超 3 産業医等 5 1及び3												
⑨性別	⑩労働者の生年月日			⑪一次健康診断受診年月日												
1 男 3 女	□□□□□□□□□□			□□□□□□□□												
	1~9年は右へ 1~9日は右へ 1~9日は右へ			1~9年は右へ 1~9日は右へ 1~9日は右へ												
⑫二次健康診断受診年月日																
□□□□□□□□																
1~9年は右へ 1~9日は右へ 1~9日は右へ																
⑬	シメイ (カタカナ) : 姓と名の間は1文字あけて記入してください。濁点・半濁点は1文字として記入してください。															
労働者の	□□□□□□□□□□□□□□□□															
の	氏名 (歳)															
住	フリガナ															
所	住所															
				⑭郵便番号 □□□□ - □□□□												
一次健康診断結果欄	<p>一次健康診断 (直近の定期健康診断等) における以下の検査結果について記入してください。 (以下の⑭、⑮、⑰及び⑱の異常所見について、すべて「有」の方が二次健康診断等給付を受給することができます。)</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:15%;">⑭血圧の測定における異常所見 (高い場合に限る。)</th> <th style="width:15%;">⑮血中脂質検査における異常所見 (高い場合に限る。ただし、HDLコレステロールについては、低い場合に限る。)</th> <th style="width:15%;">血糖検査</th> <th style="width:15%;">⑱腹囲又はBMI (肥満度) の測定における異常所見 (高い場合に限る。)</th> <th style="width:15%;">⑲尿蛋白検査についての所見</th> <th style="width:15%;">⑳脳又は心臓疾患について療養を行っているなど、当該疾患の症状の有無</th> </tr> <tr> <td>1 有 □ 3 無 □</td> <td>1 有 □ 3 無 □</td> <td>⑯検査方法 1 血糖値検査 □ 3 ヘモグロビンA1c検査 □</td> <td>⑰異常所見 (高い場合に限る。) 1 有 □ 3 無 □</td> <td>1 - □ 3 ± □ 5 + □ 7 ++ □ 9 +++ □</td> <td>1 有 □ 3 無 □</td> </tr> </table>				⑭血圧の測定における異常所見 (高い場合に限る。)	⑮血中脂質検査における異常所見 (高い場合に限る。ただし、HDLコレステロールについては、低い場合に限る。)	血糖検査	⑱腹囲又はBMI (肥満度) の測定における異常所見 (高い場合に限る。)	⑲尿蛋白検査についての所見	⑳脳又は心臓疾患について療養を行っているなど、当該疾患の症状の有無	1 有 □ 3 無 □	1 有 □ 3 無 □	⑯検査方法 1 血糖値検査 □ 3 ヘモグロビンA1c検査 □	⑰異常所見 (高い場合に限る。) 1 有 □ 3 無 □	1 - □ 3 ± □ 5 + □ 7 ++ □ 9 +++ □	1 有 □ 3 無 □
⑭血圧の測定における異常所見 (高い場合に限る。)	⑮血中脂質検査における異常所見 (高い場合に限る。ただし、HDLコレステロールについては、低い場合に限る。)	血糖検査	⑱腹囲又はBMI (肥満度) の測定における異常所見 (高い場合に限る。)	⑲尿蛋白検査についての所見	⑳脳又は心臓疾患について療養を行っているなど、当該疾患の症状の有無											
1 有 □ 3 無 □	1 有 □ 3 無 □	⑯検査方法 1 血糖値検査 □ 3 ヘモグロビンA1c検査 □	⑰異常所見 (高い場合に限る。) 1 有 □ 3 無 □	1 - □ 3 ± □ 5 + □ 7 ++ □ 9 +++ □	1 有 □ 3 無 □											
二次健康診断等実施機関の	名称		電話() -													
	所在地		〒 -													
<p>⑳の期日が㉑の期日から3か月を超えている場合、その理由について、該当するものを○で囲んでください。</p> <p>イ 天災地変により請求を行うことができなかった。 ハ その他 (理由:)</p> <p>ロ 医療機関の都合等により、一次健康診断の結果の通知が著しく遅れた。</p>																
事業主証明欄	<p>⑳の者について、㉑の期日が一次健康診断の実施日であること及び添付された書類が㉑の期日における一次健康診断の結果であることを証明します。</p> <p style="text-align: right;">_____年 月 日</p> <p>事業の名称 _____ 電話() - _____</p> <p>事業場の所在地 _____ 〒 - _____</p> <p>事業主の氏名 _____ 印 _____</p> <p>(法人その他の団体であるときはその名称及び代表者の氏名) (記名押印又は署名)</p> <p>労働者の所属事業場の名称・所在地 _____ 電話() - _____</p>															
<p>上記により二次健康診断等給付を請求します。</p> <p style="text-align: right;">⑳請求年月日</p> <p style="text-align: right;">7平成 □□□□□□□□</p> <p style="text-align: right;">9令和 □□□□□□□□</p> <p style="text-align: right;">1~9年は右へ 1~9日は右へ 1~9日は右へ</p> <p style="text-align: right;">〒 - _____ 電話() - _____</p> <p style="text-align: right;">請求人の住所 _____ 印 _____</p> <p style="text-align: right;">氏名 _____ (記名押印又は署名)</p>																
<div style="border: 1px dashed black; border-radius: 50%; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div>																
支給決定法	局長	部長	課長	調査年月日												
不支給理由				. .												
				復命書番号												
				第 号												
				決定年月日												
				. .												

印の欄は記入しないでください。(職員が記入します。)

裏面の注意事項を読んでから記入してください。折り曲げる場合には()の所を谷に折りさらに2つ折りしてください。(この欄は記入しないでください。)

様式第十八号（二）（表面）を次のように改める。



様式第18号(2)(表面)

労働者災害補償保険
年金たる保険給付の受給権者の定期報告書(遺族用)

変更・不変更

署長	次長	課長	係長	係
決裁			年	月
			日	

受給権者	①年金証書の番号	②枝番号	③受給権者の氏名		④受給権者の生年月日	⑤年齢	
						歳	
受給権者	⑥年金たる保険給付の種類	⑦被災労働者との関係	⑧障害の状態の有無		⑨障害の部位及び状態		
			ある・ない		【診断書のとおり】		
厚生年金保険の受給関係	⑩労災年金のほかに、厚生年金保険、国民年金あるいは船員保険から労災と同じ事由(死亡)で年金を受けていますか。「受けている」とした場合は、⑪から⑭までの欄を記入してください。		1 受けている (支給停止の場合を含みます。)		2 受けていない ・裁定請求中 ・不支給裁定 ・未加入 ・請求していない ・老齢年金等選択 ・その他()		
	⑪受けている厚生年金保険、国民年金、船員保険(厚生年金等)の年金の種類を○で囲んでください。	厚生年金保険法の イ 遺族年金 ロ 遺族厚生年金	国民年金法の ハ 母子年金 ヘ 寡婦年金 ニ 準母子年金 ト 遺族基礎年金 ホ 遺児年金	船員保険法の チ 遺族年金			
	⑫基礎年金番号及び厚生年金等の年金証書の年金コード						
	⑬現在支給されている厚生年金等の年金額	年額	円	年額	円	年額	円
	⑭⑬欄の年金額を支給されることになった年月日	年	月	日	年	月	日
⑮遺族(遺族年金を受けようとする遺族)と生計を同じくしている遺族で	氏名(フリガナ)	生年月日	年齢	住所	死亡労働者との関係	障害の有無	
	MSR TH	年 月 日	歳			ある・ない	
	MSR TH	年 月 日	歳			ある・ない	
	MSR TH	年 月 日	歳			ある・ない	
	MSR TH	年 月 日	歳			ある・ない	
⑯添付書類	診断書・住民票の写し・戸籍謄本(抄本)・⑬欄の厚生年金等の年額を証明する書類()						
上記のとおり現況を報告します。 〒 - 電話番号() - (フリガナ) 年 月 日 住所 労働基準監督署長 殿 (フリガナ) 氏名 ㊟							

○ 問い合わせ先(From :)

提出期間 年 月 1 日から 年 月 末日まで

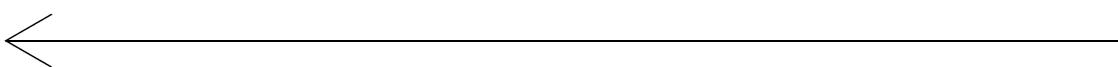
様式第十九号（表面）を次のように改める。



様式第二十号を次のように改める。



様式第三十四号の七（表面）、様式第三十四号の八（表面）、様式第三十四号の十（表面）、様式第三十四号の十一（表面）及び様式第三十四号の十二（表面）中「 」を「6 」に改める。



(国立医薬品食品衛生研究所試験検査依頼規程の一部改正)

第三条 国立医薬品食品衛生研究所試験検査依頼規程(昭和三十五年厚生省告示第八十四号)の一部を次のように改正する。

別記様式第一を次のように改める。

別記様式第一

試 験 検 査 依 頼 書

- 1 試験検査の種類
- 2 試験品又は検体の名称及び数量
- 3 試験品又は検体の製造番号及び製造年月日
第 号 平成・令和 年 月 日
- 4 試験品又は検体の成分
- 5 試験検査を必要とする理由
- 6 自家試験検査の結果その他参考となる事項

上記のとおり、試験検査を依頼します。

令和 年 月 日

住所(法人にあつては、主たる事務所の所在地)

氏名(法人にあつては、名称及び代表者の氏名)



国立医薬品食品衛生研究所長殿

(備考)

この用紙の大きさは、A列4番とする。

別記様式第二及び別記様式第三中「~~長母~~」を「~~今昔~~」に改める。



(障害者の雇用の促進等に関する法律施行令及び障害者の雇用の促進等に関する法律施行規則の規定に基づき厚生労働大臣が定める様式の一部改正)

第四条 障害者の雇用の促進等に関する法律施行令及び障害者の雇用の促進等に関する法律施行規則の規定に基づき厚生労働大臣が定める様式(昭和五十一年労働省告示第百十二号)の一部を次のように改正する。

様式第一号(表面)、様式第一号の二(表面)、様式第二号(表面)、様式第二号の二(表面)、様式第三号(表面)、様式第四号、様式第五号、様式第五号の二、様式第五号の三(表面)、様式第五号の四、様式第五号の五(表面)、様式第六号(表面)、様式第六号の二(1)(表面)、様式第六号の二(2)(表面)、様式第六号の三(1)(表面)、様式第六号の三(2)(表面)、様式第六号の四(1)(表面)、様式第六号の四(2)(表面)、様式第六号の五、様式第六号の六(表面)及び様式第六号の七中「ナ」を「ナ」に改める。

様式第六号の八(表面)を次のように改める。



親事業主、特例子会社及び関係会社の概要

令和 年 月 日現在

A 親事業主の概要					
① 名称及び代表者の氏名	② 主たる事務所の所在地	③ 事業の種類 ()	産業分類番号	④ 事業所の数	⑤ 障害者雇用推進者
B 特例子会社の概要					
⑥ 名称及び代表者の氏名	⑦ 主たる事務所の所在地	⑧ 事業の種類 ()	産業分類番号	⑨ 事業所の数	⑩ 直近の事業年度の末日における資本金の額 万円
⑪ 認定状況	昭和・平成・令和 年 月 日 (認定・申請書提出) (該当するものに○を付ける。)				
C 関係会社の概要					
⑫ 名称及び代表者の氏名	⑬ 主たる事務所の所在地 (公共職業安定所)	⑭ 事業の種類 ()	産業分類番号	⑮ 事業所の数	⑯ 直近の事業年度の末日における資本金の額 万円
D 親事業主の所有する議決権					
⑰ 関係会社の総株主又は総社員の議決権の数	⑱ ⑰のうち親事業主の所有する議決権の数	⑲ $\frac{⑱}{⑰} \times 100$		/	
E-1 関係会社と特例子会社の人的関係					
⑳ 特例子会社の役員 の関係会社からの選任 状況	(イ) 特例子会社の 役員数	(ロ) (イ)のうち関係会社の役員 又は職員から選任されてい る者の数	(ハ) $\frac{(ロ)}{(イ)} \times 100$	(ニ) 関係会社から選任されている役員の氏名、 特例子会社における役職及び略歴	
	人	人	%		
㉑ 特例子会社の従業員 のうち関係会社から派 遣されている者の状況	(イ) 特例子会社の 従業員の総数	(ロ) (イ)のうち関係会社から派 遣されている者の数	(ハ) $\frac{(ロ)}{(イ)} \times 100$	(ニ) 関係会社から派遣されている者の主な職 名	
	人	人	%		
E-2 関係会社と特例子会社の営業上の関係					
㉒ 特例子会社の直近の事業年度における関係会社からの受注(売上げ) の実績			㉓ 特例子会社の次の事業年度における関係会社からの受注(売上げ) の見込み		
千円			千円		
E-3 関係会社から特例子会社への出資					
㉔ 関係会社から 特例子会社へ の出資の状況	(イ) 直近の事業年度の末日における特例子会社 の資本金の額		(ロ) (イ)のうち関係会社から特例子会社への出資 金の額	(ハ) $\frac{(ロ)}{(イ)} \times 100$	
	万円		万円	%	

様式第六号の九、様式第六号の十（表面）、様式第六号の十一、様式第六号の十二（表面）、様式第七号及び様式第七号の七中「~~社~~」を「~~会~~」に改める。



(社会福祉士介護福祉士養成施設指定規則第五条第六号及び社会福祉士介護福祉士学校指定規則第五条第六号に規定する厚生労働大臣が別に定める基準の一部改正)

第五条 社会福祉士介護福祉士養成施設指定規則第五条第六号及び社会福祉士介護福祉士学校指定規則第五条第六号に規定する厚生労働大臣が別に定める基準(平成十三年厚生労働省告示第二百四十一号)の一部を次のように改正する。

別記様式を次のように改める。



別記様式

介護教員講習会修了証

フリガナ		生年月日	
氏名			
住所			

上記の者は、社会福祉士介護福祉士養成施設指定規則(昭和62年厚生省令第50号)第5条第6号又は社会福祉士介護福祉士学校指定規則(平成20年^{文部科学省}厚生労働省令第2号)第5条第6号に規定する講習会の課程について、次のとおり修了したことを証明する。

科目名	時間数
合計	

令和 年 月 日

所在地

法人・機関名

法人・機関代表者名



（簡易専用水道の管理に係る検査の方法その他必要な事項の一部改正）

第六条 簡易専用水道の管理に係る検査の方法その他必要な事項（平成十五年厚生労働省告示第二百六十二号）の一部を次のように改正する。

別記様式中「平成」を「令和」に改める。

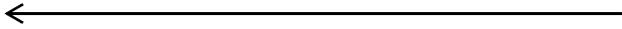


（療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令第七条第三項の規定に基づき厚生労働大臣が定める様式の一部改正）

第七条 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令第七条第三項の規定に基づき厚生労働大臣が定める様式（平成二十年厚生労働省告示第百二十六号）の一部を次のように改正する。

様式第一中「長」を「中」に改める。

様式第二及び様式第三を次のように改める。



○ 診療報酬明細書
(医科入院)

都道府 医療機関コード
県番号

1	1社・国	3後期	1単独	1本入	7高入一
医科	2公費	4退職	22併	3六入	9高入7
			33併	5家入	

令和 年 月分

公費負担者番号①	公費負担医療の受給者番号①
公費負担者番号②	公費負担医療の受給者番号②

保険者番号	給付割合	1098	7()
-------	------	------	------

被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号

区分	精神 結核 療養	特記事項
氏名	1男 2女 1明 2大 3昭 4平 5令 . . . 生	
職務上の事由	1職務上 2下船後3月以内 3通勤災害	

保険医療機関の所在地及び名称

傷病名	(1) (2) (3)	診療開始日	(1) (2) (3)	年 月 日	年 月 日	年 月 日	転	治ゆ	死亡	中止	診療実日数	保険公費①公費②	日
-----	-------------	-------	-------------	-------	-------	-------	---	----	----	----	-------	----------	---

11 初診	時間外・休日・深夜	回	点	公費分点数
13 医学管理				
14 在宅				
20 投薬	21 内服 単位 22 屯服 単位 23 外用 単位 24 調剤 日 26 麻毒 日 27 調基			
30 注射	31 皮下筋肉内 回 32 静脈内 回 33 その他 回			
40 処置	薬 剤	回		
50 手術	麻酔 薬 剤	回		
60 検病理	薬 剤	回		
70 画像診断	薬 剤	回		
80 その他	薬 剤			

90 入院	入院年月日 年 月 日	90 入院基本料・加算 点	× 日間 × 日間 × 日間 × 日間
	病 診	92 特定入院料・その他	

※高額療養費	円	※公費負担点数	点
97 基準	円× 回	※公費負担点数	点
食事・生活	円× 回 円× 日 円× 日	基準(生)	円× 回
		特別(生)	円× 回
		減・免・猶・I・II・3月超	

療養の給付	請求点	※決定点	負担金額 円	減額 割(円)免除・支払猶予	円	請求点	※決定点	円	(標準負担額)円
公費①	点	※	点	円	円	点	※	円	円
公費②	点	※	点	円	円	点	※	円	円

備考 1. この用紙は、A列4番とすること。
2. ※印の欄は、記入しないこと。

○ 診療報酬明細書
(医科入院外)

都道府 医療機関コード
県番号

1	1 社・国	3 後期	1 単独	2 本外	8 高外一
医科	2 公費	4 退職	2 2 併	4 六外	0 高外7
			3 3 併	6 家外	

令和 年 月分

公費負担者番号①	公費負担医療の受給者番号①
公費負担者番号②	公費負担医療の受給者番号②

保険者番号	10 9 8
給付割合	7 ()

被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号

氏名	特記事項
1男 2女 1明 2大 3昭 4平 5令 . . . 生	保険医療機関の所在地及び名称
職務上の事由	1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害

傷病名	(1)	診療開始日	(1) 年 月 日	転	治ゆ	死亡	中止	診療実日数	日
	(2)		(2) 年 月 日					① 公費	日
	(3)		(3) 年 月 日	帰				② 公費	日

1 1	初診	時間外・休日・深夜	回	点	公費点数
1 2	再診		×	回	
	外来管理加算		×	回	
	再時間外		×	回	
	診休日		×	回	
	深夜		×	回	
1 3	医学管理				
1 4	往診			回	
	夜間			回	
	深夜・緊急			回	
	在宅患者訪問診療			回	
	在宅その他				
	薬				
2 0	21 内服調剤	×		単位	
	22 屯服薬剤			単位	
	23 外用調剤	×		回	
	25 処方	×		回	
	26 麻毒			回	
	27 調基				
3 0	31 皮下筋肉内			回	
	32 静脈内			回	
	33 その他			回	
4 0	処置			回	
	薬剤				
5 0	手術			回	
	麻酔				
6 0	検病			回	
	査理				
7 0	画像			回	
	診断				
8 0	処方せん			回	
	その他				
	薬剤				

療養の給付	請求点	※ 決定点	一部負担金額	円
			減額 割(円)免除・支払猶予	
	点	※ 点		円
	点	※ 点	円	※ 高額療養費 円 ※ 公費負担点数 点 ※ 公費負担点数 点

備考 1. この用紙は、A列4番とすること。
2. ※印の欄は、記入しないこと。

診療報酬明細書

都道府県番号 医療機関コード

Table with columns for insurance type (3 歯科), patient status (1 社・国 2 公費), and treatment status (3 後期 4 退職, 1 単独 2 2併 3 3併, 2 本外 4 六外 6 家外, 8 高外1 0 高外7).

様式第三

令和 年 月 分

Table for patient information including sex (1男 2女), age (1明 2大 3昭 4平 5令), and birth date.

Table for insurance details including insurance number and payment ratio (10987%).

Table for patient identification details including insurance certificate and patient name.

Table for patient name, sex, and occupation details.

保険医療機関の所在地及び名称

Table for medical history including injury name, location, and dates.

Table for initial and subsequent visits (初診, 再診).

Table for management and treatment methods (管理, 処置).

Table for injections and other treatments (投薬, 注射).

Table for X-ray examinations (X線検査) including panoramic and specific views.

Table for dental procedures (処置) including extractions, root treatments, and fillings.

Table for dental surgery (手術) including SRP, SPT, and extractions.

Table for anesthesia (麻酔) including local and general anesthesia.

Table for dental maintenance (補診) and management.

Table for crown formation (歯冠形成) including impressions and try-ins.

Table for crown repair (歯冠修復) including metal and resin crowns.

Table for crown repair (歯冠修復) including metal and resin crowns.

Table for crown repair (歯冠修復) including metal and resin crowns.

Table for crown repair (歯冠修復) including metal and resin crowns.

Table for crown repair (歯冠修復) including metal and resin crowns.

Table for crown repair (歯冠修復) including metal and resin crowns.

Table for crown repair (歯冠修復) including metal and resin crowns.

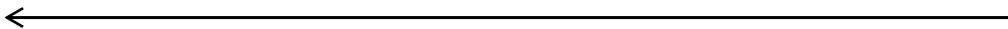
Table for crown repair (歯冠修復) including metal and resin crowns.

Table for crown repair (歯冠修復) including metal and resin crowns.

Table for summary (摘要) including charges, patient burden, and high-cost care fees.

様式第四中「~~并記~~」を「~~今昔~~」に改める。

様式第五を次のように改める。



様式第六から様式第九までの様式中「~~㊦~~」を「~~㊧~~」に改める。
様式第十を次のように改める。



○ 診療報酬明細書

(医科入院医療機関別包括評価用)

令和 年 月分

都道府
県番号

医療機関コード

1	1 社・国	3 後期	1 単独	1 本入	7 高入一
医科	2 公費	4 退職	2 2併 3 3併	3 六入 5 家入	9 高入7

公費負担者番号①	公費負担医療の受給者番号①
公費負担者番号②	公費負担医療の受給者番号②

保険者番号	10 9 8
給付割合	7 ()

被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号

氏名	特記事項
1男 2女 1明 2大 3昭 4平 5令 . . . 生	保険医療機関の所在地及び名称
職務上の事由	1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害

分類番号	診断群分類区分	転	診療日	保険公費①	日
傷病名	ICD 10	傷病名	帰	診療日	公費②
副傷病名	今回入院年月日 令和 年 月 日	副傷病名	今回退院年月日 令和 年 月 日	診療回数	日

患者基礎情報	傷病情報	包括評価部分	出来高部分
	入院情報		
診療関連情報	傷病情報	包括評価部分	出来高部分
	入院情報		

※高額療養費	円	※公費負担点数	点
食事	円× 円× 円×	※公費負担点数	点
基準特別食堂	円× 円×		

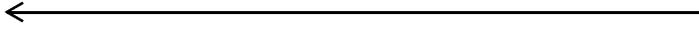
請求点	※決定点	負担金額 円	請求点	※決定点	円	減・免・猶・I・II・3月超
療養の給付	点	円	療養の給付	点	円	(標準負担額)円
費①	点	円	費①	点	円	円
費②	点	円	費②	点	円	円

（訪問看護療養費及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令第二条の規定に基づき厚生労働大臣が定める様式の一部改正）

第八条 訪問看護療養費及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令第二条の規定に基づき厚生労働大臣が定める様式（平成二十年厚生労働省告示第百二十七号）の一部を次のように改正する。

様式第一から様式第三までの様式中「付表」を「付書」に改める。

様式第四を次のように改める。



○ 訪問看護療養費明細書

都道府県番号 訪問看護ステーションコード

令和 年 月 分

6 1 社・国 3 後 期 1 単 独 2 本 人 8 高 齢 一
訪問 2 公 費 4 退 職 3 3 併 6 家 族 0 高 齢 7

様式第四

公費負担者番号① 公費負担医療受給者番号①
公費負担者番号② 公費負担医療受給者番号②

保険者番号 給付 1098
被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号

氏名 1男 2女 1明 2大 3昭 4平 5令 生
訪問した住所
職務上の事由 1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害

訪問看護ステーションの住所及び名称

主たる傷病名 1. 2. 3.
主治医の属する医療機関の名称
主治医の氏名
心身の状態 基準告示第2の1に規定する疾病等の有無 1 別表7 2 別表8 3 無
訪問開始年月日 年 月 日
訪問終了年月日時刻 年 月 日 午前・午後 時 分
訪問終了の状況 1 軽快 2 施設 3 医療機関 4 死亡 5 その他
死亡の状況 時刻 年 月 日 午前・午後 時 分 場所 1 自宅 2 施設 3 病院 4 診療所 5 その他

指示期間 指示期間 (特別指示期間) 年月日～年月日 / 年月日～年月日
精神指示期間 年月日～年月日 / 年月日～年月日
(精神特別指示期間) 年月日～年月日 / 年月日～年月日
(30) 基本療養費 (I) 及び (III) (公費分金額)

⑩ 基本療養費 (I) 及び (II) (公費分金額)
⑪ 看護師等 (週3日目まで) 円 × 日 円 円
⑫ 理学療法士等 (週3日目まで) 円 × 日 円 円
⑬ 専門の研修を受けた看護師 円 × 日 円 円
⑭ 准看護師 (週3日目まで) 円 × 日 円 円
⑮ 看護師等 (週3日目まで) 円 × 日 円 円
⑯ (3人以上) (週3日目まで) 円 × 日 円 円
⑰ 理学療法士等 (週3日目まで) 円 × 日 円 円
⑱ (3人以上) (週3日目まで) 円 × 日 円 円
⑲ 専門の研修を受けた看護師 円 × 日 円 円
⑳ 准看護師 (週3日目まで) 円 × 日 円 円
㉑ (3人以上) (週3日目まで) 円 × 日 円 円
㉒ 難病等複数回訪問加算 円 × 日 円 円
㉓ 緊急訪問看護加算 円 × 日 円 円
㉔ 長時間訪問看護加算 円 × 日 円 円
㉕ 乳幼児加算 円 × 日 円 円
㉖ 複数名訪問看護加算 円 × 日 円 円
㉗ 看護師等 円 × 日 円 円
㉘ 理学療法士等 円 × 日 円 円
㉙ 准看護師 円 × 日 円 円
㉚ 看護補助者 (ハ) 円 × 日 円 円
㉛ 看護補助者 (ニ) (1日1回) 円 × 日 円 円
(1日2回) 円 × 日 円 円
(1日3回以上) 円 × 日 円 円
㉜ 夜間・早朝訪問看護加算 円 × 日 円 円
㉝ 深夜訪問看護加算 円 × 日 円 円
㉞ 基本療養費 (III)
㉟ 看護師等 円 × 回 円 円
㊱ 理学療法士等 円 × 回 円 円
㊲ 管理療養費 円 + 円 × 日 円 円
㊳ 24時間対応体制加算 円 円
㊴ 特別管理加算 円 円
㊵ 退院時共同指導加算 円 × 回 円 円
㊶ 特別管理指導加算 円 × 回 円 円
㊷ 退院支援指導加算 円 円
㊸ 在宅患者連携指導加算 円 円
㊹ 在宅患者緊急時等カンファレンス加算 円 × 回 円 円
㊺ 精神科重症患者支援管理連携加算 円 円
㊻ 看護・介護職員連携強化加算 円 円
㊼ 情報提供療養費 円 円
㊽ ターミナルケア療養費 円 円

50 管 理 療 養 費
⑤① 管理療養費 円 + 円 × 日 円 円
⑤② 24時間対応体制加算 円 円
⑤③ 特別管理加算 円 円
⑤④ 退院時共同指導加算 円 × 回 円 円
⑤⑤ 特別管理指導加算 円 × 回 円 円
⑤⑥ 退院支援指導加算 円 円
⑤⑦ 在宅患者連携指導加算 円 円
⑤⑧ 在宅患者緊急時等カンファレンス加算 円 × 回 円 円
⑤⑨ 精神科重症患者支援管理連携加算 円 円
⑤⑩ 看護・介護職員連携強化加算 円 円
⑥① 情報提供療養費 円 円
⑥② ターミナルケア療養費 円 円
主治医への直近報告年月日 年 月 日

情報提供先 1 市(区)町村等 2 学校 3 医療機関等
訪問日 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
特記事項 1 他① 2 他② 3 従 4 特地 5 介 6 支援 7 同一日 8 同一緊急 9 退支 10 連

合 計 保 険 請 求 円 ※ 決 定 円
① 公 費 円 ※ 円 ※ 公費負担金額 円 備考
② 公 費 円 ※ 円 ※ 公費負担金額 円

備考 1. この用紙は、A列4番とすること。 2. ※印の欄は、記入しないこと。

（社会福祉士介護福祉士養成施設指定規則第三条第一号ト(4)、社会福祉士介護福祉士学校指定規則第三条第一号ト(4)及び社会福祉に関する科目を定める省令第四条第二号ニに規定する厚生労働大臣が別に定める基準の一部改正）

第九条 社会福祉士介護福祉士養成施設指定規則第三条第一号ト(4)、社会福祉士介護福祉士学校指定規則第三条第一号ト(4)及び社会福祉に関する科目を定める省令第四条第二号ニに規定する厚生労働大臣が別に定める基準（平成二十年厚生労働省告示第五百十六号）の一部を次のように改正する。
別記様式を次のように改める。



別記様式

社会福祉士実習演習担当教員講習会修了証

フリガナ		生年月日	
氏名			
住所			

上記の者は、社会福祉士介護福祉士養成施設指定規則(昭和62年厚生省令第50号)第3条第1号ト(4)、社会福祉士介護福祉士学校指定規則(平成20年^{文部科学省}厚生労働省令第2号)第3条第1号ト(4)又は社会福祉に関する科目を定める省令(平成20年^{文部科学省}厚生労働省令第3号)第4条第2号ニに規定する講習会の課程について、次のとおり修了したことを証明する。

科目名	時間数
合計	

令和 年 月 日

所在地

法人・機関名

法人・機関代表者名



（社会福祉士介護福祉士養成施設指定規則第三条第一号ワ、社会福祉士介護福祉士学校指定規則第三条第一号ワ及び社会福祉に関する科目を定める省令第四条第七号に規定する厚生労働大臣が別に定める基準の一部改正）

第十条 社会福祉士介護福祉士養成施設指定規則第三条第一号ワ、社会福祉士介護福祉士学校指定規則第三条第一号ワ及び社会福祉に関する科目を定める省令第四条第七号に規定する厚生労働大臣が別に定める基準（平成二十年厚生労働省告示第五百十八号）の一部を次のように改正する。

別記様式を次のように改める。



別記様式

社会福祉士実習指導者講習会修了証

フリガナ		生年月日	
氏名			
住所			

上記の者は、社会福祉士介護福祉士養成施設指定規則(昭和62年厚生省令第50号)第3条第1号ワ、社会福祉士介護福祉士学校指定規則(平成20年^{文部科学省}厚生労働省令第2号)第3条第1号ワ又は社会福祉に関する科目を定める省令(平成20年^{文部科学省}厚生労働省令第3号)第4条第7号に規定する講習会の課程について、次のとおり修了したことを証明する。

科目名	時間数
合計	

令和 年 月 日

所在地

法人・機関名

法人・機関代表者名



（社会福祉士介護福祉士養成施設指定規則第五条第十四号口及び社会福祉士介護福祉士学校指定規則第五条第十四号口に規定する厚生労働大臣が別に定める基準の一部改正）

第十一条 社会福祉士介護福祉士養成施設指定規則第五条第十四号口及び社会福祉士介護福祉士学校指定規則第五条第十四号口に規定する厚生労働大臣が別に定める基準（平成二十年厚生労働省告示第五百十九号）の一部を次のように改正する。

別記様式を次のように改める。



別記様式

介護福祉士実習指導者講習会修了証

フリガナ		生年月日	
氏名			
住所			

上記の者は、社会福祉士介護福祉士養成施設指定規則(昭和62年厚生省令第50号)第5条第14号ロ又は社会福祉士介護福祉士学校指定規則(平成20年^{文部科学省}厚生労働省^{令第2号})第5条第14号ロに規定する講習会の課程について、次のとおり修了したことを証明する。

科目名	時間数
合計	

令和 年 月 日

所在地

法人・機関名

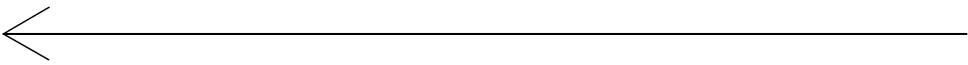
法人・機関代表者名



(国立ハンセン病療養所等死没者改葬費支給規程の一部改正)

第十二条 国立ハンセン病療養所等死没者改葬費支給規程(平成二十一年厚生労働省告示第二百三十八号)の一部を次のように改正する。

様式第一号を次のように改める。



(様式第一号)

令和 年 月 日受付

国立ハンセン病療養所等死没者改葬費支給請求書兼振込依頼書

厚生労働大臣 殿

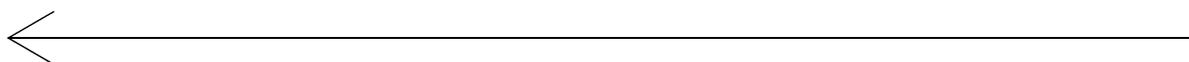
令和 年 月 日提出

(ふりがな)		明治		
氏名		大正		
(本名)		昭和	年 月 日生	男・女
		平成		
		令和		
住所	〒 _____ 印			
電話				
死亡者の氏名 (本名及び園名(園 において使用して いた通称名))	施設名	入所期間 (入所日～死亡日について、年月日を記入してくだ さい。)		
死亡者と請求者との身分関係				
改葬を行った年月日		令和 年 月 日		
死亡 等 に 関 す る 証 明	死亡者の氏名(本名及び園名)			
	死亡した年月日		令和 年 月 日	
	焼骨引渡年月日			
	上記のとおり相違ないことを証明します。 (ハンセン病療養所長) 住所 〒 _____ 氏名 _____ 印 電話 _____		令和 年 月 日	
金 融 機 関 *1	①	名称	※金融機関店舗コード	
			銀行・金庫 本店・ 農協・漁協・信組 支店・支所	
	②	所在地	都道 市郡 府県 区	
			通帳の記号番号 普通・当座 第 _____ 号	
③	フリガナ			
	口座名義人氏名			

*1 金融機関は日本銀行に登録済みの金融機関の本店・支店・支所に限ります。
口座振込みを希望する方は①と③を、郵便貯金銀行の営業所等における窓口での支払いを希望する方は①と②を記入してください。
※の欄は記入する必要はありません。また、太線内についても請求者が記入する必要はありませんが、請求者が焼骨を収蔵しているハンセン病療養所長の証明を得てください。

※区分：

様式第二号を次のように改める。



(様式第二号)

決定通知書

通知書番号第 号
令和 年 月 日

殿

国立ハンセン病療養所等死没者改葬費支給規程(平成21年厚生労働省告示第238号)に基づいて、下記のとおり決定したので通知します。

厚生労働大臣

改葬費の支給・不支給

支給 ・ 不支給

改葬費の額

金 5万円

不支給の理由

--

上記の改葬費に関する決定に不服があるときは、この通知書を受けた日の翌日から起算して3か月以内に、書面で、厚生労働大臣に対して審査請求をすることができます。

なお、この決定の取消しの訴えは、この通知書を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、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)提起することができます(なお、通知書を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、決定の日から1年を経過すると決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。)

（精神保健福祉士短期養成施設等及び精神保健福祉士一般養成施設等指定規則第五条第一号ヲ及び精神障害者の保健及び福祉に関する科目を定める省令第一条第八項に規定する厚生労働大臣が別に定める基準の一部改正）

第十三条 精神保健福祉士短期養成施設等及び精神保健福祉士一般養成施設等指定規則第五条第一号ヲ及び精神障害者の保健及び福祉に関する科目を定める省令第一条第八項に規定する厚生労働大臣が別に定める基準（平成二十三年厚生労働省告示第二百七十九号）の一部を次のように改正する。
別記様式を次のように改める。



別記様式

精神保健福祉士実習指導者講習会修了証

フリガナ		生年月日	
氏名			
住所			

上記の者は、精神保健福祉士短期養成施設等及び精神保健福祉士一般養成施設等指定規則(平成10年厚生省令第12号)第5条第1号ヲ及び精神障害者の保健及び福祉に関する科目を定める省令(平成23年^{文部科学省}_{厚生労働省}令第3号)第1条第8項に規定する講習会の課程について、次のとおり修了したことを証明する。

科目名	時間数
合計	

令和 年 月 日

所在地

法人・機関名

法人・機関代表者名



(精神保健福祉士短期養成施設等及び精神保健福祉士一般養成施設等指定規則第五条第一号ト(4)及び精神障害者の保健及び福祉に関する科目を定める省令第一条第三項第四号に規定する厚生労働大臣が別に定める基準の一部改正)

第十四条 精神保健福祉士短期養成施設等及び精神保健福祉士一般養成施設等指定規則第五条第一号ト(4)及び精神障害者の保健及び福祉に関する科目を定める省令第一条第三項第四号に規定する厚生労働大臣が別に定める基準(平成二十三年厚生労働省告示第二百八十一号)の一部を次のように改正する。

別記様式を次のように改める。



別記様式

精神保健福祉士実習演習担当教員講習会修了証

フリガナ		生年月日	
氏名			
住所			

上記の者は、精神保健福祉士短期養成施設等及び精神保健福祉士一般養成施設等指定規則（平成10年厚生省令第12号）第5条第1号ト(4)及び精神障害者の保健及び福祉に関する科目を定める省令（平成23年 文部科学省
厚生労働省 令第3号）第1条第3項第4号に規定する講習会の課程について、次のとおり修了したことを証明する。

科目名	時間数
合計	

令和 年 月 日

所在地

法人・機関名

法人・機関代表者名

印

（社会福祉士介護福祉士養成施設指定規則第七条の二第一号ホ及び社会福祉士介護福祉士学校指定規則第七条の二第一号ホに規定する厚生労働大臣が別に定める基準の一部改正）

第十五条 社会福祉士介護福祉士養成施設指定規則第七条の二第一号ホ及び社会福祉士介護福祉士学校指定規則第七条の二第一号ホに規定する厚生労働大臣が別に定める基準（平成二十三年厚生労働省告示第四百十四号）の一部を次のように改正する。

別記様式を次のように改める。



別記様式

実務者研修教員講習会修了証

フリガナ		生年月日	
氏名			
住所			

上記の者は、社会福祉士介護福祉士養成施設指定規則(昭和62年厚生省令第50号)第7条の2第1号ホ又は社会福祉士介護福祉士学校指定規則(平成20年^{文部科学省}厚生労働省令第2号)第7条の2第1号ホに規定する講習会の課程について、次のとおり修了したことを証明する。

科目名	時間数
合計	

令和 年 月 日

所在地

法人・機関名

法人・機関代表者名

印

附 則

(適用期日)

第一条 この告示は、告示の日から適用する。

(経過措置)

第二条 この告示による改正前のそれぞれの告示で定める様式（次項において「旧様式」という。）により使用されている書類は、この告示による改正後のそれぞれの告示で定める様式によるものとみなす。

2 旧様式による用紙については、合理的に必要なと認められる範囲内で、当分の間、これを取り繕って使用することができる。