会長		担当理事		会計	

埼医業Ⅱ第１７９５号
令和４年１２月１６日

郡市・大学医師会長　　殿
（労災保険担当理事）

埼玉県医師会長　金　井　忠　男
（担当常任理事　小　室　保　尚）

労災指定ではない医療機関に、新型コロナウイルス感染症の患者が受診し、
労災保険の様式第７号（１）の証明を依頼した場合の対応について

時下、益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、標記のことについて、別紙のとおり、埼玉労働局から資料の提供がありましたので、参考に送付いたします。

この資料は、診療でご活用いただける内容となっておりますので、貴会でもご了知いただき、会員への周知方についてご高配くださいますようお願い申し上げます。

担　当：埼玉県医師会業務Ⅱ課　関谷
電　話：048-824-2611
ＦＡＸ：048-822-8515
E-mail：sekiya@office.saitama.med.or.jp

東加八潮医師会
収受
4.12.20
第997号

労災非指定医療機関に受診した場合のコロナ請求について

1　コロナの請求について労災保険の様式第７号（１）の証明を依頼された場合について。

・労働者に治療費１０割分支払っていただいたうえで（領収書発行）、様式第７号（１）表面の医師または歯科医師等の証明欄に記載していただきます。

また、様式第７号（１）裏面の療養の内訳及び金額にも記入をお願いします。

・請求点数は健康保険に準じていて、健康保険は１点１０円にて計算されていると思いますが、労災の場合は１点１２円として計算していただいて構いません。

・初診料は３８２０円、再診料は１４００円で算定できます。

コロナの検査代も請求できます。

・労働者は仕事が原因でコロナに感染し、労災保険に請求したいと考えた場合、治療費を全額自己負担（１０割負担）したうえで、様式第７号（１）と領収書（原本）を所轄の労働基準監督署に提出することで請求したこととなります。その後、監督署において調査をしたうえで決定をします。

・労災保険給付の対象となるのは、

■感染経路が業務によることが明らかな場合

■感染経路が不明の場合でも、感染リスクが高い業務に従事し、それにより感染した蓋然性が強い場合

（例１）複数の感染者が確認された労働環境下での業務

（例２）顧客等との近接や接触の機会が多い労働環境下の業務

■医師・看護師や介護の業務に従事される方々については、業務外で感染したことが明らかな場合を除き、原則として対象

■症状が持続し（罹患後症状があり）、療養等が必要と認められる場合

も保険給付の対象

2　次に当初健康保険で受診して治療終了後（健康保険組合等に請求後）、労災保険に請求したいという話があり、様式第７号（１）の証明を依頼された場合について。

一般的な処理の流れ

・労働者が健康保険組合や国保の場合は市役所に連絡をして、コロナに関する請求を労災に切り替えたい旨話す。受診した医療機関と薬局名を伝える。
・健康保険組合等から７割の納付書が送付される。
・納付する。
・労働者は当初医療機関等に３割負担していることから、７割を追加で納付することで合計１０割負担したことになる。
・健康保険組合等からレセプトが送付される。
・労働者はレセプト（薬局分も含む）と様式第７号（１）と３割の領収書と７割の領収書を監督署に持参又は送付する。
・監督署で調査を行い、支給か不支給の決定がなされる。

・なお、このような場合はまず労働者が所轄（労働者の勤務する場所を管轄する）の労働基準監督署に事前に請求方法及び様式第７号（１）の医療機関の証明欄の記入が必要かどうかについて、ご確認していただいたうえで、対応をお願いいたします。

なお、様式第７号（１）とは療養補償給付たる療養の費用請求書のことで、通常は労災保険の非指定医療機関に受診した場合に、労働者が労働基準監督署に治療費を請求する用紙であります。（全額自己負担）

業務災害用
複数業務要因災害用

労働者災害補償保険 第　回

療養補償給付及び複数事業労働者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 34260　①管轄局署　②業通別 1 1業 3通　⑧受付年月日 元号 年 月 日　⑩三者コード 1 自労 3 他　⑪委任未支給 1 委任 3 未支給 5 委未　⑫特別加入者　⑬審査コード

③労働保険番号 府県 所掌 管轄 基幹番号 枝番号　④年金証書の番号 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 1 明治 3 大正 5 昭和 7 平成 9 令和 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 金融機関 店舗

⑮※郵便局コード

⑨労働者の氏名 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。　（　歳）　職種

住所 ㉖郵便番号 ―

変更する場合のみ記入してください。新規に届け出る場合又は届け出た口座を右の欄及び⑱から⑲までの欄は、口座を

新規・変更

振込を希望する金融機関の名称 銀行・金庫・農協・漁協・信組 / 本店・本所・出張所・支店・支所

口座名義人

⑯預金の種類 1 普通 3 当座　⑰口座番号（左詰め。ゆうちょ銀行の場合は、記号（5桁）は左詰めで、番号は右詰めで記入し、空欄には「0」を記入。）

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。

⑱

（つづき）メイギニン（カタカナ）

⑲

⑨の者については、⑦並びに裏面の(ヌ)及び(ヲ)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

（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、療養補償給付又は複数事業労働者療養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)傷病の経過の概要

年　月　日　治癒（症状固定）・継続中・転医・中止・死亡

⑨の者については、(イ)から(ニ)まで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 所在地 / 名称　電話（　）　―

診療担当者氏名

(ニ) 療養の内訳及び金額（内訳裏面のとおり。）　千　円

(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。）

(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 ※ 1 診療 2 看護 3 移送 4 装具 5 診断書

㉒療養期間の初日 元号 年 月 日　から

㉓療養期間の末日 元号 年 月 日　まで

㉔診療実日数　日

㉕転帰事由 1 治癒（症状固定） 3 継続 5 転医 7 中止 9 死亡

上記により療養補償給付又は複数事業労働者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

労働基準監督署長　殿

（注意）一、□□□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には該当事項を○で囲んでください。（ただし、⑤及び⑯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、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。

※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７号（１）（裏面）

(リ) 労働者の所属事業場の名称・所在地	(ヌ) 負傷又は発病の時刻 午前・後　時　分頃	(ル) 災害発生の事実を確認した者の 職名・氏名
(ヲ) 災害の原因及び発生状況　(あ)どのような場所で(い)どのような作業をしているときに(う)どのような物又は環境に(え)どのような不安全な又は有害な状態があって(お)どのような災害が発生したか(か)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		

（注　意）

一、共通の注意事項

(一)　事項を選択する場合には、該当する事項を○で囲むこと。

(二)　(ホ)、(ヘ)及び(ト)については、その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を添えること。

(三)　(イ)の期間には、最終の投薬の期間をも算入すること。

(四)　(リ)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。

二、傷病補償年金又は複数事業労働者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

(一)　④は、記載する必要がないこと。

(二)　(ル)は、災害発生の事実を確認した者（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。

(三)　(ル)及び(ヲ)は、第二回以後の請求の場合には記載する必要がないこと。

(四)　第二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。

三、傷病補償年金又は複数事業労働者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

(一)　③、⑥、⑦及び(ヌ)から(ヲ)までは記載する必要がないこと。

(二)　事業主の証明は受ける必要がないこと。

四、複数事業労働者療養給付の請求は、療養補償給付の支給決定がなされた場合、遡って請求されなかったものとみなすこと。

五、㉕「その他就業先の有無」欄の記載がない場合又は複数就業していない場合は、複数事業労働者療養給付の請求はないものとして取り扱うこと。

六、疾病に係る請求の場合、脳・心臓疾患、精神障害及びその他二以上の事業の業務を要因とすることが明らかな疾病以外は、療養補償給付のみで請求されることとなること。

療養の内訳及び金額

診療内容			点数(点)	診療内容	金額	摘要
初診	時間外・休日・深夜			初診	円	
再診	外来診療料	× 回		再診 回	円	
	継続管理加算	× 回		指導 回	円	
	外来管理加算	× 回		その他	円	
	時間外	× 回				
	休日	× 回				
	深夜	× 回		食事（基準　）		
指導				円× 日間	円	
在宅	往診	回		円× 日間	円	
	夜間	回		円× 日間	円	
	緊急・深夜	回				
	在宅患者訪問診療	回		小計 ②	円	
	その他					
	薬剤	回		摘要		
投薬	内服 薬剤	単位				
	調剤	× 回				
	屯服 薬剤	単位				
	外用 薬剤	単位				
	調剤	× 回				
	処方	× 回				
	麻毒	回				
	調基					
注射	皮下筋肉内	回				
	静脈内	回				
	その他	回				
処置		回				
	薬剤					
手術麻酔		回				
	薬剤					
検査		回				
	薬剤					
画像診断		回				
	薬剤					
その他	処方せん	回				
	薬剤					
入院	入院年月日　年　月　日					
	病・診・衣	入院基本料・加算				
		× 日間				
		× 日間				
		× 日間				
		× 日間				
		× 日間				
	特定入院料・その他					
小計	点	① 円		合計金額 ①＋②	円	

㉕その他就業先の有無		
有無	有の場合のその数（ただし表面の事業場を含まない） 社	
有の場合でいずれかの事業で特別加入している場合の特別加入状況（ただし表面の事業を含まない）	労働保険事務組合又は特別加入団体の名称	
	加入年月日　年　月　日	
労働保険番号（特別加入）		

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(ヌ)及び(ヲ)）の記載内容について事実と相違ないことを証明します。
年　月　日	事業の名称　電話（　）　—
	事業場の所在地　〒　—
	事業主の氏名
	（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）

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
			（　）　—

職場で新型コロナウイルスに感染した方へ

業務によって感染した場合、労災保険給付の対象となります

対象となるのは？

■感染経路が業務によることが明らかな場合

■感染経路が不明の場合でも、感染リスクが高い業務※に従事し、それにより感染した蓋然性が強い場合

※（例１）複数の感染者が確認された労働環境下での業務
※（例２）顧客等との近接や接触の機会が多い労働環境下の業務

■医師・看護師や介護の業務に従事される方々については、業務外で感染したことが明らかな場合を除き、原則として対象

■症状が持続し（罹患後症状があり）、療養等が必要と認められる場合も保険給付の対象

詳しくは厚生労働省ＨＰのQ&A（項目「５労災補償」）をご覧ください▶

労災保険の種類

業務に起因して感染した労働者の方やそのご遺族の方は、正社員、パート等の雇用形態によらず、次のような保険給付を受けられます。
また、保険給付の請求は、労働者ご自身が行うものです。感染経路が不明であることなどにより、請求書に会社からの証明が受けられない場合、まずは労働基準監督署にご相談ください。

療養補償給付

①労災指定医療機関を受診すれば、原則として無料で治療を受けることができます。
②やむを得ず労災指定医療機関以外で治療を受けた場合、一度治療費を負担してもらい後で労災請求をすることで、負担した費用の全額が支給されます。

休業補償給付

療養のために仕事を休み、賃金を受けていない場合、給付を受けることができます。
■給付日：休業４日目から
■給付額：休業１日あたり給付基礎日額の８割（特別支給金２割含む）
＊原則として「給付基礎日額」は発症日直前３か月分の賃金を暦日数で割ったものです

遺族補償給付

業務に起因して感染したため亡くなった労働者のご遺族の方は、遺族補償年金、遺族補償一時金などを受け取ることができます。

■お問い合わせは、お近くの労働局・労働基準監督署へ ▶

厚生労働省・都道府県労働局・労働基準監督署

（2021.12）