

# 劳 灾 保 险

## 疗养（补偿）给付的申请手续

因业务灾害或上下班灾  
害造成伤病而接受疗养时

劳动省  
都道府县劳动基准局  
劳动基准监督署



劳工因业务上或上下班而受伤或疾病而必须疗养时，可接受疗养补偿给付（业务灾害时）或疗养给付（上下班灾害时，以下统一称为「疗养（补偿）给付」）的发放。

疗养给付包括「疗养给付」和「疗养费用给付」。

## 给付内容

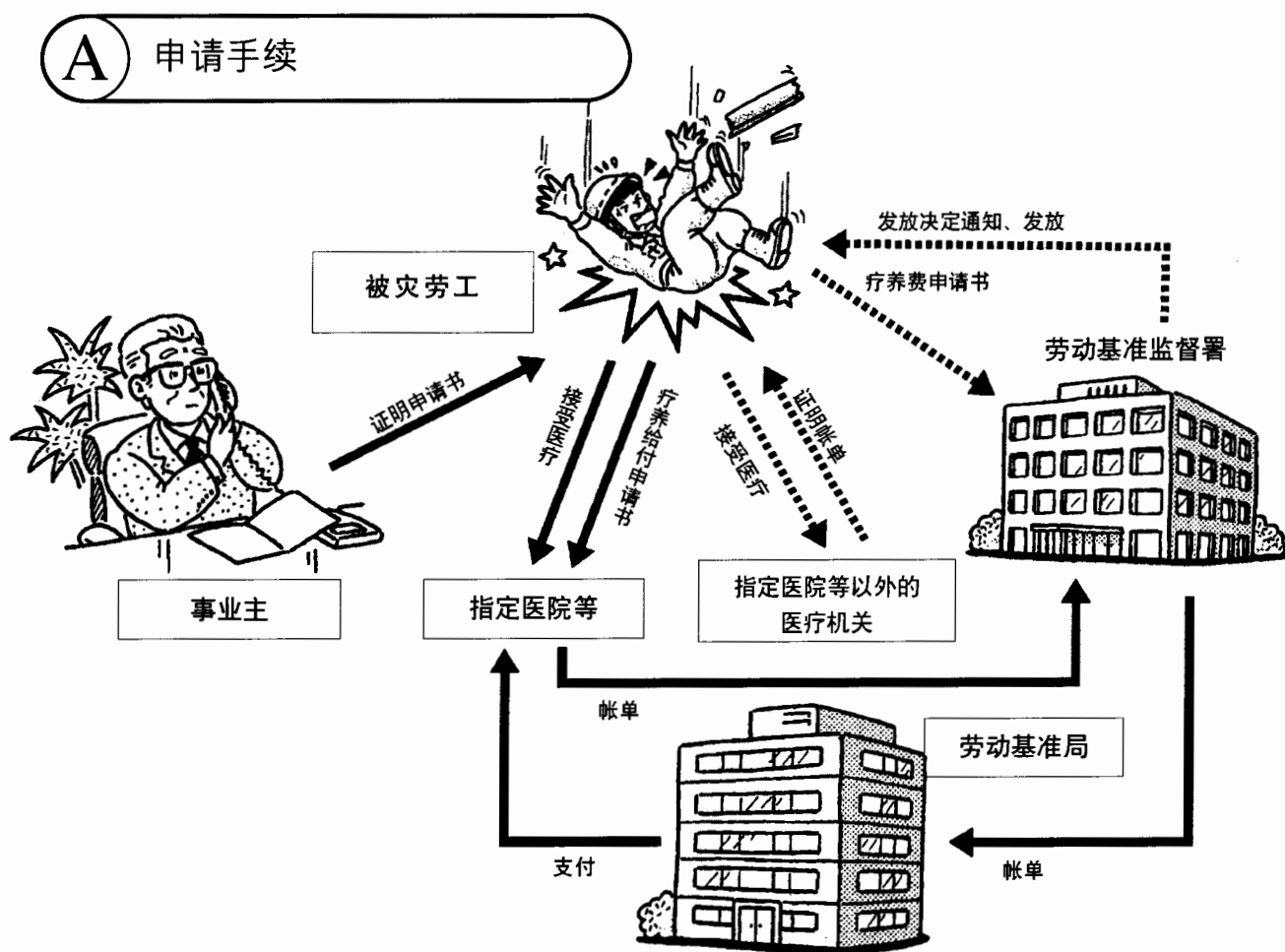
- 「疗养给付」是指在劳灾医院或指定医疗机关、药局等（以下称为「指定医疗机关等」）接受免费治疗的现物给付。
- 「疗养费用给付」是指，因附近没有指定的医疗机关等理由，在指定医疗机关等以外之医疗机关或药局等，接受疗养时，支付其疗养费的现金支付。

给付对象的疗养范围和期间，两者相同。

疗养（补偿）给付包括治疗费、看护费、移送费等通常疗养所需费用，伤病治好为止，一直继续。

## 「治好」之含义

疗养给付到伤病治好为止继续不断。这个「治好」之含义，是指伤病的症状安定，在医疗上，施以一般认定的医疗，也无法期待医疗效果时，这个「症状安定」谓之。因此，所谓「治好」，并不是只指身体恢复原状的情形。



● 申请疗养给付时

请透过接受疗养的指定医疗机关等，向所管辖的劳动基准监督署长提出疗养补偿给付的疗养给付申请书（格式第5号）或是疗养给付的疗养给付申请书（格式第16之3）。

● 申请疗养费时

请向所管辖的劳动基准监督署长提出疗养补偿给付的疗养费申请书（格式第7号）或是疗养给付的疗养费申请书（格式第16号之5）。

● 变更指定医疗机关等时

已在指定的医疗机关等接受医疗给付的人，因回乡里等理由，要变更到其他的指定医疗机关等时，请透过变更后的指定医疗机关等，向所管辖的劳动基准监督署长提出「疗养补偿给付之接受疗养给付指定医院等（变更）报告」（格式第6号）或「疗养给付之接受疗养给付指定医院等（变更）报告」（格式第6号之4）。

---

## 申请的时效

---

有关疗养给付，因为是现物给付，所以没有申请权的时效问题存在。但是疗养费，如果自确定费用支出日算起经过2年以后，即因时效而丧失申请权，请注意。



# 申請書の填写例子

様式第5号(表面) 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。

標準字体

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

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。

(この欄は記入しないでください)

支不支給決定決定決議書

署長	次長	課長	係長	係	決定年月日
調査年月日					不支給の理由
復命書番号	第	号	第	号	第

(物品番号 7210 6.11)

① 帳票種別 A-(3) ② 管轄局番 ③ 業通別 ④ 保留 ⑤ 受付年月日

※ 3 4 5 0 0

⑥ 府県 所掌 管轄 基幹 番号 枝番号 ⑦ 処理区分 ⑧ 支給・不支給決定年月日

⑨ 性別 ⑩ 労働者の生年月日 ⑪ 負傷又は発病年月日 ⑫ 再発年月日

⑬ 三者 ⑭ 特殊 ⑮ 特別加入者

⑯ 氏名 A-(7) A-(9) ⑰ 負傷又は発病の時刻

フリガナ ⑱ 現認者の職名、氏名

住所 A-(10) 職名 A-(13) 氏名 A-(14)

職種 A-(11)

⑲ 災害の原因及び発生状況 A-(15)

⑳ 指定病院等の名称 A-(16) 電話番号 局番

所在地 郵便番号

㉑ 傷病の部位及び状態 A-(17)

㉒の者については、⑩、⑪及び⑫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 A-(18) 電話番号 局番

事業場の所在地 A-(19) 郵便番号

事業主の氏名 A-(20) 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)

労働者の所属事業場の名称・所在地 A-(21) 電話番号 局番

(注意) 労働者の所属事業場の名称・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している支店、工場、工事現場等の場合に記載してください。

上記により療養補償給付たる療養の給付を請求します。 A-(23) 年 月 日

A-(22) 労働基準監督署長 殿

郵便番号 A-(24)- 電話番号 A-(25) 局番

住所 A-(27) (方)

氏名 A-(28) A-(29) 印

病診療院所局經由 A-(26) 請求人の 訪問看護事業者

- A-(1) →1. 本格式是「疗养补偿给付之疗养给付申请书」。
- A-(2) →2. 如系上下班灾害时, 请以格式第16号之3申请。
- A-(3) →3. 请填写劳动保险号码。关于劳动保险号码, 请向事业主确认。
- A-(4) →4. 本栏填写劳工性别, 男性请圈写(1), 女性请圈写「3」。
- A-(5) →5. 请填写被灾劳工的出生年月日。(请填写和历。)
- A-(6) →6. 请填写受伤或发病的年月日。(请填写和历。)
- A-(7) →7. 请填写被灾劳工姓名。
- A-(8) →8. 被灾劳工姓名的标音, 请填写片假名。(把姓名正确发音, 请知道的人填写。)
- A-(9) →9. 请填写被灾劳工的年龄。
- A-(10) →10. 请填写被灾劳工的住址。
- A-(11) →11. 请填写职种。请尽量填写具体的作业内容。
- A-(12) →12. 受伤或发病的时刻, 请正确填写。
- A-(13) →13. 请填写能确认灾害发生事实的人(被灾劳工以外的人)的职名。
- A-(14) →14. 请填写能确认灾害发生事实的人(被灾劳工以外的人)的姓名。
- A-(15) →15. 请清楚说明在什么样的场所、做什么作业的时候, 在什么样的事物、环境和状态下, 灾害怎么样发生。
- A-(16)、(17) →16、17. 16栏填写医院名称和所在地; 17栏填写伤病的部位和状态。16、17栏在医院填写。
- A-(18)~(20) →18~20. 本栏由事业主证明有关被灾劳工什么时候、怎么样被灾的事项。18栏填写事业场所名称; 19栏填写事业场所的所在地; 20栏填写事业主姓名, 以上各由事业主填写以资证明。
- A-(21) →21. 劳工直属的事业场所如有统一适用办理的分店、工场、工程现场等时, 请填写本栏。
- A-(22) →22. 请填写管辖直接所属事业场的劳动基准监督署名称。
- A-(23) →23. 请填写提出申请书的年月日。
- A-(24) →24. 请填写申请人住址的邮区号码。
- A-(25) →25. 请填写申请人的电话号码。
- A-(26) →26. 请填写医院名称。
- A-(27) →27. 请填写申请人的住址。
- A-(28) →28. 请填写申请人的姓名。
- A-(29) →29. 盖章位置, 签名也可以。
- 表示不要填写。
- 填写时, 如有不懂之处, 请向劳动基准监督署或事业主确认。

# 上下班災害時

様式16号の3(裏面) B-(1) 通勤災害に関する事項

①負傷又は発病の時刻	午前 午後	B-(2) 時 分 項	②災害発生場所	B-(3)
③災害発生の日の就業の場所	B-(4)		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	午前 午後
⑤災害発生の日に住居を離れた時刻	午前 午後	B-(6) 時 分 項	⑥災害発生の日に就業の場所を離れた時刻	午前 午後
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場所に至った経路、方法、所要時間その他の状況	B-(8)			
⑧災害の原因及び発生状況	B-(10)			
⑨現認者の住所	B-(11)		電話番号	B-(13)局番
⑨現認者の氏名	B-(12)			

【項目記入にあたっての注意事項】

- 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、④欄及び⑥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。)
- 傷病年金の受給権者が当該傷病に係る療養の給付を請求する場合には、⑤労働保険番号欄に左詰めで年金証書番号を記入してください。また、⑥及び⑦は記入しないでください。
- ⑧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。
- ⑥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。
- ⑦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図示し、災害発生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場所に至った経路を朱線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、どのような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。

【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、光学的文字読取装置で直接読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。
- 「促音」「よう音」などは大きく書き、濁点、半濁点は1文字として書いてください。

(例) キツテ →       キヨ →       バ →

- は斜の弧を書きはじめるとき、小さくカギをつけてください。

- はカギをつけずに垂直に、 の2本の縦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
				Ⓢ	



- B-(1) →1. 本格式是「疗养给付之疗养给付申请书」背面的「有关上下班灾害事项」。
- B-(2) →2. 请填写受伤或发病的时刻。
- B-(3) →3. 请填写灾害发生的场所。
- B-(4) →4. 请填写灾害发生当天的工作场所。
- B-(5) →5. 如果灾害发生于上班途中时，请填写就业开始的预定时刻。又，如果灾害发生于下班途中时，请填写就业结束时刻。
- B-(6) →6. 请填写灾害发生当天从住宅出门的时刻。但是，灾害发生于下班途中时，无需填写。
- B-(7) →7. 请填写灾害发生当天走出就业场所的时刻。但是，灾害发生于上班途中时，就无需填写。
- B-(8) →8. 请图示通常上下班的路径，并请清楚填写灾害发生场所和灾害发生当天，从住宅或就业到达灾害发生场所为止的路径和去的方法。
- B-(9) →9. 请填写通常的上下班所需时间。
- B-(10) →10. 请填写清楚，在什么样的场所、做什么样的作业时，在什么样的事物、环境或状态下，怎么样发生灾害的经过。
- B-(11)~(13) →11~13. 如有人能确认灾害发生的事实时（被灾劳工以外的人），请填入本栏。11栏请填写其住址；12栏请填写其姓名；13栏请填写其电话号码。



- C-(1) →1. 本格式是「疗养补偿给付之疗养费申请书」。
- C-(2) →2. 上下班灾害时, 请用格式第16号之5(1)申请。
- C-(3) →3. 本栏填写劳动保险号码。有关劳动保险号码, 请向事业主确认。
- C-(4) →4. 如果接受劳动保险的年金给付时, 请填写年金证书的号码。
- C-(5) →5. 本栏填写被灾劳工的性别, 如果是男性, 就圈写「1」, 如果是女性, 就圈写「3」。
- C-(6) →6. 请填写被灾劳工的出生年月日。(填写和历。)
- C-(7) →7. 请填写受伤或发病年月日。(请填写和历。)
- C-(8) →8. 请填写被灾劳工的姓名。
- C-(9) →9. 被灾劳工的姓名标音, 请填写片假名。(把姓名正确发音, 请知道的人写。)
- C-(10) →10. 请填写被灾劳工的年龄。
- C-(11) →11. 请填写被灾劳工的住址。
- C-(12)~(18) →12~18. 希望汇入新开帐户或提出的帐户有变更时应填写本栏。如果提出新开帐户, 12栏请用○圈上「新设」; 如果是变更提出的帐户, 就圈上「变更」。13栏请填写金融机关名称; 14栏请填写金融机关的分行名称; 15栏请填写存款帐户的名义人; 16栏填写帐户号码; 17栏填写名义人的片假名, 18栏填写存款种类, 普通存款时, 圈写「1」, 活期存款时, 圈写「3」。
- C-(19)~(21) →19~21. 有关被灾劳工何时、如何被灾, 本栏由事业主填写证明。19栏填写事业的名称; 20栏填写事业主的所在地; 21栏填写事业主姓名, 各由事业主填写、证明。
- C-(22)~(28) →22~28. 本栏由医师或牙科医师填写。22栏填写疗养期间; 23栏填写伤病部位和伤病; 24栏填写伤病经过的概要; 25栏填写疗养金额。还有, 26栏填写医院或诊疗所的所在地; 27栏填写其名称; 28栏由受托负责诊疗者填写。
- C-(29)~(31) →29~31. 本栏是有支付看护费时填写。29栏请填写看护时间; 30栏是负责看护的人, 如有护士资格, 就用○圈上「有」, 如果不具护士资格, 就圈上「无」。又, 31栏请填写支付看护费的金额。
- C-(32)~(35) →32~35. 有支付移送费时, 请填写本栏。32栏填写移送区间; 33栏填写单程或来回距离; 34栏填写移送次数; 35栏请填写支付的移送费金额。
- C-(36)~(37) →36~37. 除了上述以外, 还支付诊疗费时, 请填写本栏。36栏请填写详细帐单或收据张数; 37栏请填写其金额。
- C-(38) →38. 请填写没有接受疗养给付的理由。
- C-(39) →39. 请填写疗养所需费用总金额(25、31、35、37栏的总合)。
- C-(40) →40. 请填写管辖直接所属事业场所的劳动基准监督署名称。
- C-(41) →41. 请填写提出申请书的年月日。
- C-(42) →42. 请填写申请人住址的邮区号码。
- C-(43) →43. 请填写申请人的电话号码。
- C-(44) →44. 请填写申请人的住址。
- C-(45) →45. 请填写申请人的姓名。
- C-(46) →46. 盖章的位置, 签名也可以。

# 変更指定医療機関等時

D-(2)  
様式第6号

労働者災害補償保険  
D-(1)  
**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**

D-(3) 労働基準監督署長 殿 D-(4) 年 月 日

(郵便番号 D-(6) )

( D-(5) 病 院 所 経 由 )

D-(5) 病 院 所 局 経 由 )

訪問看護事業者

住 所 D-(7) 電話番号 D-(8) 局 番

届出人の 方

氏 名 D-(9) D-(10) ㊟

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。

〔注 意〕

一、事項を選択する場合には該当する事項を丸で囲むこと。

二、⑤は、③、④、⑤のような場所で、③、④、⑤のような場所を、③、④、⑤のような場所として災害が発生したかを、わかりやすく記載すること。

三、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

四、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

五、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

六、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

七、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

八、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

九、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

十、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

十一、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

十二、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

十三、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

十四、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

十五、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

十六、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

十七、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

十八、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

十九、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

二十、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

二十一、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

二十二、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

二十三、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

二十四、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

二十五、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

二十六、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

二十七、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

二十八、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

二十九、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

三十、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

三十一、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

三十二、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

三十三、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

三十四、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

三十五、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

三十六、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

三十七、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

三十八、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

三十九、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

四十、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

四十一、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

四十二、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

四十三、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

四十四、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

四十五、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

四十六、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

四十七、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

四十八、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

四十九、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

五十、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

五十一、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

五十二、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

五十三、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

五十四、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

五十五、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

五十六、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

五十七、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

五十八、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

五十九、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

六十、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

六十一、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

六十二、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

六十三、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

六十四、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

六十五、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

六十六、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

六十七、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

六十八、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

六十九、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

七十、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

七十一、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

七十二、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

七十三、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

七十四、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

七十五、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

七十六、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

七十七、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

七十八、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

七十九、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

八十、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

八十一、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

八十二、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

八十三、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

八十四、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

八十五、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

八十六、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

八十七、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

八十八、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

八十九、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

九十、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

九十一、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

九十二、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

九十三、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

九十四、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

九十五、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

九十六、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

九十七、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

九十八、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

九十九、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

百、①、④及び⑤は、記載する必要があること。

① 労働保険階号	府県	所管管轄	基幹番号	枝番号	③ 氏 名 D-(13) 生年月日 D-(15)月 D-(16)日 住 所 D-(17) 職 種 D-(18)	D-(14) (男・女) ④ 負傷又は発病年月日 D-(19) 年 月 日 午前 午後 時 分 頃
	D-(12)					
② 年金証書の番号						
管轄局 種別 西暦年 番号						
⑤ 災害の原因及び発生状況 D-(20)						
③の者については、④及び⑤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 郵便番号 D-(21) 局番 事業場の所在地 D-(22) 電話番号 事業主の氏名 D-(23) ㊟ (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)						
⑥ 指定病院等の変更	変更前の名称		D-(24) (労災指定医番号)			
	所在地		D-(25)			
	変更後の名称		D-(26)			
所在地		D-(27)				
変更理由		D-(28)				
⑦ 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の	名称		D-(29)			
	所在地		D-(30)			
⑧ 傷 病 名		D-(31)				

(物品番号 6213) 10.2.

- D-(1) → 1. 本申请书是「疗养补偿给付之接受疗养给付指定医院等（变更）报告」。
- D-(2) → 2. 上下班灾害时，请使用格式第16号之4。
- D-(3) → 3. 请填写管辖直接所属之事业场所的劳动基准监督署名称。
- D-(4) → 4. 请填写提出申请书的年月日。
- D-(5) → 5. 请填写变更后的医院名称。
- D-(6) → 6. 请填写申请人的住址的邮区号码。
- D-(7) → 7. 请填写申请人的住址。
- D-(8) → 8. 请填写申请人的电话号码。
- D-(9) → 9. 请填写申请人的姓名。
- D-(10) → 10. 盖章的位置，签名也可以。
- D-(11) → 11. 本栏填写劳动保险号码。有关劳动保险号码，请向事业主确认。
- D-(12) → 12. 如果接受劳动保险的年金给付时，请填写年金证书的代码。
- D-(13) → 13. 请填写被灾劳工的姓名。
- D-(14) → 14. 请用○圈圈上被灾劳工相当的性别，如果是男性，就圈「男」，如果是女性，就圈「女」。
- D-(15) → 15. 请填写被灾劳工的出生年月日。
- D-(16) → 16. 请填写被灾劳工的年龄。
- D-(17) → 17. 请填写被灾劳工的住址。
- D-(18) → 18. 请填写職種。在此情形下，请尽量具体清楚地填写作业内容。
- D-(19) → 19. 请填写受伤或发病的年月日和时刻。
- D-(20) → 20. 在什么样的场所、在做什么样的作业时，在什么样的事物、环境或状态下，怎么样发生灾害，请清楚填写。
- D-(21) ~ (23) → 21 ~ 23. 有关被灾劳工在什么时候、怎么样被灾，由事业主填写以资证用。21栏填写事业主的名称；22栏填写事业主所在地；23栏填写事业主姓名，各由事业主填写以资证明。
- D-(24) → 24. 请填写变更前之指定医院等的名称。
- D-(25) → 25. 请填写变更前之指定医院等的所在地。
- D-(26) → 26. 请填写变更后之指定医院等的名称。
- D-(27) → 27. 请填写变更后之指定医院等的所在地。
- D-(28) → 28. 请填写变更指定医院等的理由。
- D-(29)、(30) → 29、30. 接受伤病补偿年金的发放后，在29栏填写要接受疗养给付的指定医院等的名称，30栏请填写其所在地。
- D-(31) → 31. 请填写伤病名称。