

基 発 0704 第 3 号
平成 26 年 7 月 4 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)

「労災保険における訪問看護の取扱いについて」の一部改正について

標記については、平成 6 年 9 月 30 日付け基発第 610 号「労災保険における訪問看護の取扱いについて」（最終改正：平成 25 年 5 月 31 日付け基発 0531 第 1 号。以下「通達」という。）により実施しているところであるが、今般、訪問看護費用に係るシステム化及び本省払い化に伴い、通達を下記のとおり改正するので、事務処理に遺漏なきを期されたい。

記

1 改正の概要

- (1) 訪問看護費用の支払について、厚生労働本省が行うこととしたこと。
- (2) 労災保険における指定訪問看護事業者が、療養補償給付たる療養の給付請求書を提出する場合には、訪問看護を行う事業所の所在地を管轄する都道府県労働局長（以下「所轄局長」という。）を経由して所轄の労働基準監督署長へ提出させるとともに、労災保険訪問看護費用請求書及び労災保険訪問看護費用請求内訳書を提出する場合には、所轄局長あて提出させることとしたこと。
- (3) その他所要の改正を行うこと。

2 通達の一部改正

通達の一部を次のように改正する。

(1) 本文について

ア 記の第 1 の「又は老人保健法」を削るとともに、記の第 1 の 1 の「健保指定訪問看護事業者は、」の次に「訪問看護事業所ごとに、」を加える。

イ 記の第 3 の「健康保険における訪問看護療養費に係る指定訪問看護の

費用の額の算定方法の別表「指定訪問看護の費用額算定表」を「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法（平成20年3月5日厚生労働省告示第67号）の別表「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法」に改める。

ウ 記の第4を第5とし、第5を第6とし、第3の次に次を加える。

「第4 訪問看護費用の請求手続き等について

労災指定訪問看護事業者は、第3の規定により算定した毎月分の訪問看護費用を請求しようとするときは、訪問看護事業所ごとに、訪様式第8号「労災保険訪問看護費用請求書」に訪様式第9号又は第10号「労災保険訪問看護費用請求内訳書」及び主治医から交付された訪問看護指示書の写しを添付して、所轄労働局長に提出するものとする。

なお、労災指定訪問看護事業者は、傷病労働者から提出を受けた、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35年4月1日労働省告示第10号）に定める様式（以下「告示様式」という。）第5号又は告示様式第16号の3「療養（補償）給付たる療養の給付請求書」について、所轄労働局長を経由して傷病労働者の所属事業場を管轄する労働基準監督署長に提出するものとする。」

エ 記の第5の「労働基準監督署長が」の次に「療養（補償）給付の」を加えるとともに、「支払うこと。」を「支払うものとする。」に、「都道府県労働局長が行うこと。」を「厚生労働省労働基準局長が行う。」に改める。

(2) 別添「労災保険指定訪問看護事業者療養担当契約事項」について

ア 1の「（以下「施行規則」という。）」を削る。

イ 2の「又は老人保健法（以下「健康保険法等」という。）」を削る。

ウ 4の「（以下「所轄監督署長」という。）に」の次に「対し、所轄労働局長を経由して」を加えるとともに、「告示様式第5号」を「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35年4月1日労働省告示第10号）に定める様式（以下「告示様式」という。）第5号」に改める。

エ 6の「その旨を」の次に「所轄労働局長を経由して」を加える。

オ 7の「健康保険における訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法の別表「指定訪問看護の費用額算定表」を「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法（平成20年3月5日厚生労働省告示第67号）の別表「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用

の額の算定方法」に改める。

カ 8の「訪問看護に係る費用について、」の次に「訪問看護事業所ごとに」を加えるとともに、「所轄監督署長」を「所轄労働局長」に改める。

キ 13の(1)の「等」を削る。

(3) 様式について

訪様式第8号及び第9号を別添のとおり改めるとともに、第9号の次に第10号を追加する。

3 施行期日について

本改正は、平成26年9月1日から適用する。

労災保険訪問看護費用請求書

帳票種別 3 4 7 3 2	修正項目番号 ※ □	修正欄 ※ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	② 受付年月日 年 月 日 ※ 7平成 □ □ □ □ □ □ □ □ <small>1~9月は左へ 1~9月は左へ 1~9日は左へ</small>
-------------------	---------------	------------------------------	---

① 訪問看護サービスの番号
□ □ □ □ □ □ □ □

③ 請求金額 千 百 十 万 千 百 十 円 □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ 金額の頭に¥マークを付けてください。	④ 内訳書添付枚数 枚 □ □ □
--	-------------------------

⑤ 請求年 ⑥ 請求月
ただし、7平成 □ □ □ 年 □ □ 月分
1~9月は左へ 1~9月は左へ

_____ ほか _____ 名に対する訪問看護費用の内訳は、別紙内訳書のとおり
上記の金額を請求します。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

郵便番号 _____

住 所
(所在地) _____

請求人の (訪問看護事業者) 名 称 _____

代表者氏名 _____ 印
(記名押印又は署名)

_____ 労働局長殿 _____ 電話番号 _____

受付印 _____

※印の欄は記入しないでください。

訪問看護ステーション の 番 号	訪問看護ステーション の 名 称
---------------------	---------------------

労災保険訪問看護費用請求内訳書

※印の欄は記入しないでください。

帳票種別 34733	修正項目番号 ※ <input type="text"/> <input type="text"/> ※ <input type="text"/>		
①労働保険番号 「 府 県 所 掌 管 轄 基 幹 番 号 枝 番 号 <input type="text"/> <input type="text"/>		⑩支払額 ※ <input type="text"/>	
②生年月日 1 明治 <input type="text"/> <input type="text"/> 3 大正 <input type="text"/> <input type="text"/> 5 昭和 <input type="text"/> <input type="text"/> 7 平成 <input type="text"/> <input type="text"/> 1~9日は右へ		⑪増減コード及び増減額 ※ <input type="text"/>	
③傷病年月日 元号 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 <input type="text"/> <input type="text"/> 1~9日は右へ		⑫増減理由 ※ <input type="text"/> <input type="text"/>	
④訪問開始年月日及び訪問終了年月日時刻 元号 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 <input type="text"/> <input type="text"/> 時 <input type="text"/> 分 1~9日は右へ		⑬決定年月日 ※ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
⑤実日数 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日		⑭合計額 <input type="text"/> <input type="text"/>	
⑥実日数 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日		⑮処理区分 ※ <input type="text"/> <input type="text"/>	
労働者の氏名	(歳)	事業の名称	
労働者の住所	都府 道県 市区 市	事業場の所在地	都府 道県 市区 市
主たる傷病名	1. 2. 3. <small>基幹告示第2の1に規定する疾病等の有無 1 別表7 2 別表8 3 無</small>	主治医の所属する医療機関名称	
傷病の経過	1 人工呼吸器使用の状態 2 気管カニューレ使用の状態 3 真夜を越える状態の状態	主治医氏名	
		指示期間	年 月 日 ~ 年 月 日 年 月 日 ~ 年 月 日
		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

- 基本療養費等の明細は裏面に記載してください。
- 医師の訪問看護指示書の写しを添付してください。

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Form with multiple sections: 心身の状態 (Physical/Mental Status), 基本療養費 (Basic Care Fees) (I, II, III), 情報提供療養費 (Information Provision Care Fees), 訪問日 (Visit Dates) table, 主治医への直近報告年月日 (Date of latest report to attending physician), 提供した情報の概要 (Summary of provided information), 情報提供先の市(区)町村等の名称 (Name of information provider), 特記事項 (Remarks), 合計額 (Total amount), 訪問終了の状況 (Status at end of visit), 死亡の状況 (Status at death), 基本療養費 (I) 及び (III) (Basic Care Fees (I) and (III)), 基本療養費 (II) (Basic Care Fee (II)), 基本療養費 (IV) (Basic Care Fee (IV)), 管理療養費 (Management Care Fees).

お願い
○この用紙は、機械で直接処理しますので、折り曲げたり汚したり、また他の用紙をのりづけしないでください。
○小枠内は、黒ボールペンで、枠からはみ出さないように、標準字体にならって、ていねいに記入してください。
○この用紙は、直射日光・湿気をさけて保管してください。

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Form with columns for '心身の状態', '訪問終了の状況', '死亡の状況', '基本療養費 (I) 及び (II)', '基本療養費 (I) 及び (III)', '基本療養費 (II)', '基本療養費 (IV)', '管理療養費', '特記事項', and '合計額'. Includes a table for '訪問日' (1-31) and '主治医への直近報告年月日'.

お願い

- この用紙は、機械で直接処理しますので、折り曲げたり汚したり、また他の用紙をのりづけしないでください。
○小枠内は、黒ボールペンで、枠からはみ出さないように、標準字体にならって、ていねいに記入してください。
○この用紙は、直射日光・湿気をさけて保管してください。