

愛知県労災指定医協会会報

目次

● 巻頭言	1
● 第1回労災医療特別講演会報告	3
● 第2回労災医療特別講演会報告	5
● 産業保健研修会報告	5
● 愛知労働局労災診療費見解統一指導委員会協議結果	6
● ワンポイント労災診療	10
● 第13回定時総会開催概要案内	10
● 2025年度労災診療費及びアフターケア委託費請求書の提出締切日のお知らせ	11

編集・発行

愛知県労災指定医協会

〒460-0008
名古屋市中区栄四丁目3-26
昭和ビル6階
TEL 052-263-0093
FAX 052-263-6775
http://www.aichi-rousai.jp

第126号

令和7年3月末日

巻頭言

「自賠責保険診療費算定基準 ～いわゆる新基準の過去・現在・未来～」

一般社団法人 愛知県労災指定医協会

会長 浦田士郎



【交通事故発生件数の変遷】

我が国では昭和30年代から、交通事故の発生件数、負傷者数が共に激増し、昭和40年代半ばに第一次交通戦争とも称されるピークとなり、それ以降減少に転じたものの、昭和50年代半ばから、再び増加に転じ、死者数は平成初頭に第二次のピークを迎えた。平成5年以降、死者数は再び減少に転じたが、交通事故発生件数及び負傷者数はともに増加傾向がつづき平成12年頃には第一次を上回る勢いとなった。その後交通事故発生件数及び負傷者数は平成17年から令和4年まで18年連続で減少し、令和5年の交通事故死者数は2,678人となり、過去最多であった昭和45年の16,765人の1/6にまで減少している。なお交通事故死者数に占める65歳以上の者の割合は5割を超える高い水準で推移している。

【自賠責審議会答申と三者協議】

交通事故診療費は法令等に明確な基準がなく、地域や医療機関ごとの請求額格差や過大請求などが問題となっていた。昭和44年10月に大蔵省（当時）の諮問機関である自賠責審議会が、自賠責保険独自の診療報酬算定基準の策定と支払い方法の適正化を答申し、議論はなされたが基準策定には至らなかった。その後、前述のように交通事故件数の激増による自賠

責保険財政の逼迫を背景に、昭和59年の同審議会で再度、自賠責保険の診療報酬基準を策定すべきとの答申が出された。この答申では、日本医師会・日本損害保険協会・自動車保険料算定会（現・損害保険料率算出機構）の三者協議によって診療報酬基準を策定し、全国的に普及浸透した段階で、制度化を図るとの内容が盛り込まれていた。この答申に基づいて三者が協議を重ね、平成元年6月に合意が成立し、「自動車保険の診療費については、現行労災保険診療費算定基準に準拠し、薬剤等『モノ』についてはその単価を12円とし、その他の技術料についてはこれに20%を加算した額を上限とする」自賠責診療費算定基準が交通事故診療における診療報酬の算定基準（自由診療）として策定されるに至った。この基準は日医基準・新基準とも呼ばれている。この基準は各都道府県医師会に設置された三者協議会で協議の上、合意した都道府県単位で導入する運用となっており、平成2年の栃木・青森・広島・徳島の四県に始まり平成27年の山梨県の合意をもって全都道府県での合意が果たされた。ちなみに愛知県での合意は平成7年であった。健康保険よりも診療内容の充実が図られていること及び三者合意による診療報酬算定方法であるため、紛争解決機能も有すると期待されているが、あくまで申し合わせに過ぎず法的な拘束力はない。

【愛知県における協議会形成】

国の審議会答申に呼応して各都道府県レベルでも協議会形成が進み、愛知県では昭和60年9月1日に愛知県医師会・愛知県損害保険協会名古屋地方委員会（現：同協会中部支部）・自動車保険料率算定会中部地区本部（現：損害保険料率機構中部本部）の三者によって愛知県損害保険医療協議会が設置された。交通事故診療報酬請求や支払いに係る事項、医療機関と損害保険会社間の紛争の仲介等を協議事項として、協議会から委託を受けた事項についての協議・審議・調査等を行い処理するための下部会議体として専門委員会が設置された。長年にわたりこの専門委員会の運営は労災指定医協会が担ってきたが、会則に明確な規定のないまま経過してきたため、令和6年4月1日付で愛知県損害保険医療協議会専門委員会に関する内規の見直し改訂が行われた。愛知県医師会は専門委員会運営にあたり、その事務を愛知県労災指定医協会事務局に委託すること、委員は愛知県医師会会長から委任を受けた愛知県労災指定医協会会長が選任すること、選任に当たっては、愛知県外科医会会長、愛知県整形外科医会会長からの推薦を参考とすること、委員の任期制を定めること、愛知県労災指定医協会会長は委員の中から委員長を指名すること等の内容が明記された。

【自賠責診療費算定新基準の現状】

新基準は全ての医療機関に対し強制力を持つ制度ではなく、各医療機関に採用判断を委ねる手挙げ方式で運用されており、平成30年時点の新基準移行率は全国平均で約6割であり、都道府県単位では、約9割強から2割弱までばらつきが大きく、引き続き新基準の普及が必要である。また、独占禁止法の観点では、公正取引委員は都度「制度化を前提として独禁法上問題視しない」主旨の発言をしていることから、新基準の診療報酬を将来的に確保・維持するためにも制度化が必要となることが指摘されている。

た。日本医師会は、自賠責保険新基準についての再確認と制度化に向けた今後の取り組みの促進を目的として、令和6年10月11日に都道府県医師会自賠責保険担当理事連絡協議会を開催し、同年10月18日～11月16日の期間で令和5年度に自賠責請求のあった医療機関に対してアンケート調査を行うことを周知した。その調査結果は令和7年2月17日の日本医師会労災自賠責委員会で報告された。総回答数2998件中、〈今後も新基準を継続使用する〉：58.0%、〈これから使用する〉：4.5%、〈条件が合えば使用する〉：21.6%、〈使用する予定はない〉：15.6%の結果であった。〈使用したくない〉との回答理由では、〈自賠責診療の取り扱いが少ないため〉が40.8%で最も多く、〈新基準の理解不足〉：32.4%、〈新基準がレセコン非対応のため〉：22.3%と続いた。制度の周知継続によって採用率が向上することが示唆された。

【交通事故診療の今後】

昭和59年の自賠責審議会答申において、三者合意による診療報酬基準が全国的に普及浸透した段階で、制度化を図るとの内容が盛り込まれているように、自賠責診療費算定基準は自賠責法・自賠責法施行令によって法制化されることが最終的な目標形態である。しかしその実現までにはなお多くの課題がある。当面は、普及浸透率の向上を図りながら、監督官庁である金融庁や国土交通省の局長通知等によって、現行新基準の制度化を図ることは現実的な選択であろう。交通事故医療には保険診療や労災診療と同等な第三者的審査支払い機関が存在しない。新基準が制度化された暁には、国土交通省や金融庁を保険者とするか、それが困難であれば審査支払い業務を担う第三者機関を立ち上げることも提案されている。被害者救済を目的とする自賠責保険にあって、建設的な議論と取り組みによって、被害者・加害者・両者の保険会社と医療機関との関係に新たな秩序がもたらされることが期待される。

第1回労災医療特別講演会

令和6年10月31日(木) 14:00～
昭和ビル9階ホール

「脊椎手術における新規技術と導入のチャレンジ」

愛知県厚生農業協同組合連合会
総括副院長兼脊椎脊髄センター長

金村 徳 相 先生

令和6年10月31日(木)午後2時から、昭和ビル9階ホールにおいて開催いたしました。

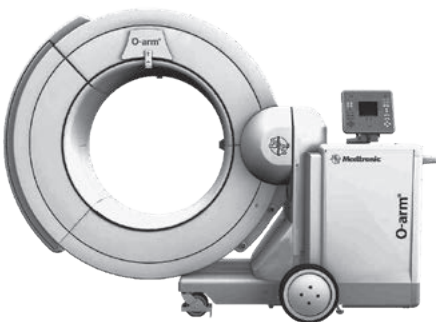
開催方法は現地受講のみで、参加者数は15名でした。

【抄録】

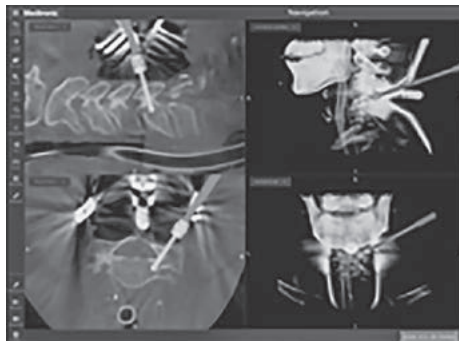
脊椎脊髄外科領域における技術革新は著しく、とくにこの10年においては椎間板内酵素注入療法（ヘルニコア）、経皮的椎体形成術（BKP）、低侵襲脊椎手術（内視鏡、MIST）、側方経路腰椎椎体間固定（LIF）、脊椎手術支援ナビゲーション・ロボットなど治療戦略のゲームチェンジをもたらした技術が登場してきた。本セミナーではLIF、脊椎手術支援ナビゲーション・ロボットとその導入時の課題について概説する。

コンピュータ支援整形外科技術（CAOS）のひとつである脊椎ナビゲーション（SN）の進歩は急速で、SN器材の拡張によりその有用性と簡便性は増し、適応疾患も広がってきた。SNがもたらす手術

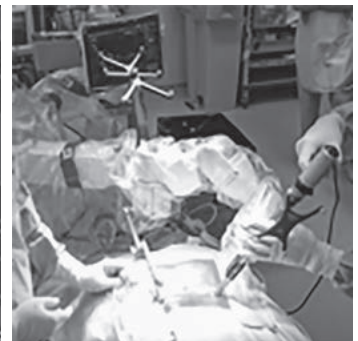
安全性や低侵襲化、被曝低減化など脊椎手術へのメリットは大きい。CAOSは術前評価にも多くの技術を提供している。全身正面・側面像同時撮影X線装置EOSは低放射線量で鮮明な画像取得と疑似3Dモデル作成し、術前3次元的シミュレーションが可能である。統合型画像解析ソフトでは異なるモダリティから抽出した高精度3D画像を同一空間に配置できる。深層学習による脈管抽出や腰神経セグメンテーション、神経線維経路などを皮膚、骨、神経、血管等と合わせて3D表示でき、手術シミュレータとしても有用である。脊椎手術支援ロボットはSNの機能に多軸性ロボットアームが位置や方向を強固にガイドすることで手術精度を高める。最新のCAOS技術も組み込まれ、術前画像解析や手術プランニングにより正確で再現性の高いロボット手術がシームレスに行える。医師の働き方改革が始まり、脊椎手術支援ロボットが脊椎外科医の働き方を変えることが期待される。



術中3D画像撮影装置 (O-arm)



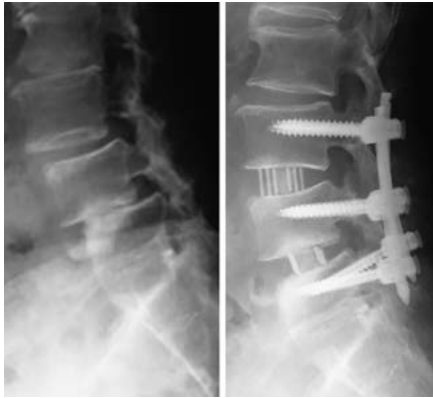
最新の脊椎ナビゲーション



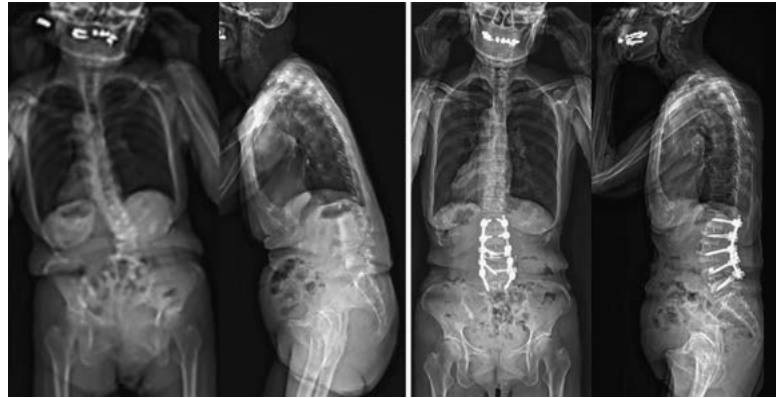
脊椎手術支援ロボット

腰椎前方手術は古くから行われてきた脊柱再建術であるが、側方経路腰椎椎体間固定（LIF）の登場により、手術侵襲低減と再現性を高くすることができ標準的術式となってきた。LIFを用いることで脊柱管を直接操作せずに神経除圧を行う間接除圧や侵襲性の高い成人脊柱変形の矯正手術の侵襲低減などが可能になってきた。SNをもちいたLIFと経皮的椎弓根スクリュー（PPS）による固定術は侵襲低減や被曝軽減した上で間接除圧が得られる。側臥位でのPPS挿入では脊椎手術支援ロボットにより有効

に安全な施行が可能である。一方でLIFの視野や操作には限界があり、これまで以上に腰椎前側方の解剖学的理解が必要となるため、CAOSやxRを用いた3次元画像解析、手術プランニングやシミュレーションは前側方手術に有用である。CAOS技術によりこれまで以上に病態の3次元視覚的理解が可能で、正確で安全な脊椎手術への寄与が期待される。しかしCAOSはあくまでも手術支援システムでありCAOS技術と術者技術を融合することが必要である。



LIFとPPSによる腰椎固定術
(腰椎変性すべり症)



LIFとPPSによる矯正固定術
(変性後側弯症)

新規技術導入に際して、学会や専門委員会が新しい技術や医療機器の有効性、安全性、適切な使用方法などについて専門的な評価を行う必要があり、また薬事承認や保険収載のプロセスにもその関与が求められている。日本脊椎脊髄病学会新規技術評価検証委員会では、本邦における新規技術導入妥当性の検証、適正使用指針作成、手技書の監修、実施医・施設基準の策定、新技術レジストリー、使用実態の調査（安全性モニタリング）等を行い、新規技術の安全な普及に取り組んできた。アカデミアとして行うこれらの活動は安全な新規技術の導入に大きく貢献してきたが、委員会医師のボランティア活動が基本となるためその負担は大きい。そのため今後、産官学が協力して新規技術を安全に普及するための円滑な体制を人材的にも財務的にも整備していくことが課題である。



第2回労災医療特別講演会

令和7年1月16日(木) 14:00～
今池ガスビル7階 プラチナルーム

「小児運動器疾患の診断と治療」

あいち小児保健医療総合センター

副センター長 鬼頭浩史 先生

令和7年1月16日(木)午後2時から、今池ガスビル7階プラチナルームにおいて、開催いたしました。

開催方法は現地受講のみで、参加者数は21名でした。

【抄録】

数十年来の少子化に伴い、一般病院で整形外科医が小児の運動器疾患を診る機会が少なくなってきているが、そのような疾患が消失したわけではない。また、小児科医や産科医からの相談や紹介も避けて通ることはできない。一方で、出生時から思春期まで整形外科医が扱う小児運動器疾患は多岐にわたり、診断が難しい分野でもある。また、診断の遅れや誤診が永続的な障害につながることもある。

本講演では、伝統的な疾患（股関節脱臼、内反足、筋性斜頸など）、健診や他科から紹介を受けやすい疾患（O脚、歩容異常、脊柱側弯症など）、痛みを伴う疾患（成長痛、各種骨端症、単純性股関節炎、環軸椎回旋位固定、大腿骨頭すべり症など）、炎症性疾患、腫瘍性疾患、骨系統疾患など、日常診療において遭遇する可能性がある小児運動器疾患につき、症例を提示しながら概説する。

また、名古屋大学整形外科小児診療グループが運用しているオンライン症例相談システムについても紹介する。



令和6年度 産業保健研修会

令和7年2月20日(木) 14:00～16:00
栄ガスビル5階 栄ガスホール

「職場で問題となるメンタル疾患への対応について」

中部電力パワーグリッド株式会社非常勤産業医
(前 中部電力株式会社総括産業医)

西田友厚 先生

令和7年2月20日(木)午後2時から、栄ガスビル5階栄ガスホールにおいて、開催いたしました。

開催方法は現地受講のみで、参加者数は89名（うち産業医88名）でした。



【抄録】

20世紀後半から現在に至るまで、メンタル疾患対応は企業において大きな問題となっています。いわゆる『新型うつ病』に対して『従来型うつ病』と同じような対応を続けた結果、事態がより悪化してしまった例は多く見られます。

また『パーソナリティ障害』や『発達障害』など新たな疾患も出てきました。

今回は『新型うつ病』や『パーソナリティ障害（特に企業で問題となっている境界性パーソナリティ障害と自己愛性パーソナリティ障害について）』の理解を深めるとともに、各種メンタル疾患（うつ病、新型うつ病、発達障害、双極性障害等）の典型例をお示ししながらその対応方法について、お話ししたいと思います。



愛知労働局労災診療費見解統一指導委員会検討結果

令和7年1月29日(水)
愛知労働局労働基準部労災補償課

1. K076-3 関節鏡下肩関節受動術について

今回診療報酬改定で K076-3 関節鏡下肩関節受動術（関節鏡下鍵盤断裂手術を伴うもの）54,810 点が新設された。高点数であることから術前術後の関節可動域の記載や肩関節 JOA スコアなどのコメントが必要ではないか？

（令和6年10月19日愛知県整形外科審査員連絡会）

手術記録の添付などにより術前術後の可動域の記載が適切にされていれば算定可と思われます。

検討結果

手術記録の添付または理由及び結果に関するコメントが必要であり、これにより判断する。

2. 骨粗鬆症について

(1) 労災保険において、発症後1年以内の脆弱性脊椎圧迫骨折に対する骨粗鬆症の検査およびPTH製剤の投与は認められるか？

検討結果

原則は不可。

周術期に関しては、然るべきコメントがあれば可とする。

(2) 外傷を契機に見つかった「骨粗鬆症」をどう取り扱うべきか？

大腿骨頸部骨折の際に算定できるようになった二次性骨折予防管理料の算定などとともに検討すべき内容と思われます。

検討結果

算定不可。

(3) 骨折の治療として骨粗鬆症治療薬、注射の投与をした場合、労災診療費として算定することは可能でしょうか。

可能とした場合、要件や「急性期のみ」等の制限を設けるのが妥当でしょうか。

検討結果

原則は、不可。

周術期に関しては、然るべきコメントがあれば可とする。

3. ヒアルロン酸の関節腔内注射について

労災保険において「外傷性変形性膝関節症」の病名でヒアルロン酸の関節腔内注射は認められるか？

①認める 62.9%

②認められない 30.0%

③その他 7.1%

（令和6年全国整形外科保険審査委員会議）

審査の段階で、「外傷性変形性膝関節症」が記載されていれば、注射は認められると考えていますが、いかがでしょうか？

検討結果

初療月は不可。次月からは否定しづらい。

アルツディスポとリドカインについて、1か月以上炎症があれば、混注も可。

4. 椎間板ヘルニアが原因の神経障害性疼痛について

上記3と同様に、記載された病名を認めるか否かは審査員の判断の範疇ではなく、審査の段階で原因疾患（椎間板ヘルニア）が記載されていれば、神経障害性疼痛に対する治療は認めて良いと考えていますが、いかがでしょうか？

慢性疼痛治療薬に関しては従来どおり、初療月は算定不可と考えておりますが、いかがでしょうか？

検討結果

初療では不可

「普通の痛み止めを使ったが効果なし」とのコメントがあれば、可。

椎間板ヘルニアは神経障害性疼痛があるので、原疾患として椎間板ヘルニアがあるとの理由で可。

慢性疼痛は、初療月不可。ただし、2週間なり治療をしていく中で症状の改善がなかったとのコメントがあれば、初療月も可。

5. 足関節捻挫の週1回の絆創膏固定術について

足関節捻挫の週1回の絆創膏固定術は初診日から、どのくらいの期間算定可か？

- | | |
|-----------|-------|
| ① 2週間 | 25.8% |
| ② 4週間 | 61.8% |
| ③ 8週間 | 5.5% |
| ④ 3月 | 3.2% |
| ⑤ 6ヶ月程度 | 0.0% |
| ⑥ 特に制限はない | 2.7% |

（令和2年度全国整形外科保険審査委員会議）

また、左右同時に存在した場合の算定は×2を可とするべきかどうか。

同年会議においては、両方別々に算定して良いものは関節穿刺とギプスのみとの発言があり、×1での算定とするべきであるとされました。

労災保険の場合はいかがでしょうか？

検討結果

期間：初診から4週まで

頻度：週に1回

左右それぞれ算定可。

6. J119 消炎鎮痛等湿布処置について

J119 消炎鎮痛等湿布処置については、半肢の大部又は頭部、頸部及び顔面の大部以上にわたる範囲のものについて算定するものであり、概ね湿布2枚以上の範囲で算定可としてきました。

検討結果

上記以外に、肩関節、肘関節、股関節及び膝関節の消炎鎮痛等湿布処置については算定が可能です。

7. 四肢（肩関節及び股関節を含む）の捻挫に対するH002運動器リハビリテーション料の算定の可否について

検討結果

捻挫でも、コメントがあれば発症後1週間以後なら、可。歩行障害等、リハビリテーションを必要とした根拠のコメントがなければ、不可。

8. 指の創傷処理について

指の創傷処理の算定において、「筋肉に達するもの」と「筋肉に達しないもの」との区分けについて。

参照「労災診療算定マニュアル」

筋肉、臓器に達するものとは、単に創傷の深さを指すものではなく、筋肉、臓器に何らかの処理を行った場合をいいます。

検討結果

指に筋肉はないから、原則「筋肉に達しないもの」として取り扱う。

時には「筋肉に達する」と判断できるようなコメントが付されることもあるので、コメントが付されている場合は、診療協議会審査員の判断による。

9. 術前検査としての HIV 及び HTLV1 検査算定の可否について

術前検査における HIV、HTLV1 検査の必要性はどのようなときに認められるのでしょうか。

検討結果

原則、不可。

明確な理由があれば、可。

10. D220 呼吸心拍監視について

「硬膜外麻酔、脊椎麻酔、静脈麻酔による手術に伴う呼吸心拍監視は認められる。」とありますが、L005 上肢・下肢伝達麻酔による呼吸心拍監視の算定は可能でしょうか。

本件は、令和5年3月の見解統一委員会の協議の結果、「医療安全・労働者の安全を守る観点から許容し、算定可とする」との結論に至っていますが、上肢伝達麻酔、キシロカイン注のみの場合は算定可と考えられるでしょうか。

上肢・下肢伝達麻酔で算定不可となる場合があるとすると、どのような場合でしょうか。

検討結果

全て算定可。

11. 膀胱カテーテル抜去時の残尿量測定について

膀胱留置カテーテル抜去時に残尿量測定を行った場合、「残尿量を確認するため」とのコメントが散見するが、「前立腺肥大症」、「神経因性膀胱」または「過活動膀胱」等の病名記載は必須か？

検討結果

「前立腺肥大症」、「神経因性膀胱」または「過活動膀胱」等の病名及び然るべきコメントがある場合は、可。

12. 術前検査での血沈・尿沈渣の扱いについて

術前検査項目でルーチン項目となっている項目が多種あるが、その扱いについて

検討結果

血沈は、CPR とセットなら、可。血沈だけは、不可。

尿沈は、原則不可。病名または実施理由のコメントがあれば、その内容により診療協議会審査員が判断する。

13. 運動器リハビリテーション実施患者で、術後に嚥下障害が発生した患者に対する聴覚言語療法（摂食嚥下）リハビリテーション料の算定について

運動器リハビリテーション・心大血管リハビリテーション区分では聴覚言語療法士による嚥下リハ実施による算定は認められていない。そこで(実態のない)構音障害病名を付加して、脳血管リハビリテーション区分で算定することは可能か？

検討結果

今回、結論は保留とする。

13-2 上記 13 について食嚥下) リハビリテーション料の算定について

脳血管疾患(言語聴覚療法)リハビリテーションにより算定可とする場合、同一患者に対し同一時期に、運動器リハビリテーションと脳血管リハビリテーションをそれぞれ行うことは可能か？

また、それぞれのリハビリテーション料を算定しても良いか？

検討結果

単一で算定。(一般的には「脳血管リハ」)

14. 脊椎外科の手術後や脊椎圧迫骨折のリハビリの算定区分について

①運動器リハビリテーション区分

②脳血管リハビリテーション区分

疾患や手術で使い分ける場合、その分けについて

検討結果

原則として外傷に対して脳血管リハを認めていないから、単なる圧迫骨折の傷病名であれば、脳血管リハは不可。
馬尾神経症状があり、コメントがあれば、可。
術後は可。

15. 頸椎症性脊髄症等の、除圧術後の肩関節障害に対する病名について

頸椎症性脊髄症等に対する除圧術後の肩関節障害についての診療行為について、肩関節周囲炎・上肢神経障害の病名は必要か？

また、「肩関節周囲炎」術後の肩関節障害の病名としては不適か？

検討結果

頸椎症性脊髄症等に対する除圧術後に出現した神経症状に対する傷病名としては、不適。

16. 術前検査での心エコー検査の扱いについて

認める場合の病名・術名・麻酔法・患者年齢等の基準は？

検討結果

コメントを要す。

上記についてのご質問等は、

愛知労働局労働基準部労災補償課医療係(TEL 052-855-2148)へお願いします。

! ワンポイント労災診療

● 事業主が労災保険給付請求書に証明することを拒否している場合の対応

Q

労災保険給付請求書（様式第5号）の提出がありましたが、事業主が証明を拒否しています。この場合、医療機関としてはどのように対応すればよいのでしょうか？

A

患者さんが業務により被災したとして受診、労災保険請求をする意思があるも、事業主が、負傷時間、場所、負傷（発症）の原因が特定できない（例えば、「目撃者がいない」、「脳心疾患、精神疾患等の発症が業務に起因するとは思えない」）ため、明らかに業務に起因するとは判断できないとして労災保険給付請求書に証明することを拒む場合があります。

労災保険給付請求書には、原則として請求人及び事業主の署名又は記名が必須ですが、「事業主証明ができない理由書」、又は、「事業主証明が得られない理由書」を労災保険給付請求書に添付していただければ、医療機関としては労災診療費の請求をすることは可能です。

ただし、労災保険給付が出来るか否かの判断をするため、労働基準監督署が調査を行い、業務上外認定までに時間を要することがあります。

また、調査の結果、労働基準監督署長が業務外（不支給）と決定する場合があります。この場合、治療費を患者さんの健康保険等に切り替えることとなりますので、医療機関としては、健康保険証等の確認をしておいた方が良いでしょう。

なお、患者さんが労働基準監督署長の決定（不支給）に不服がある場合は、不服申立て（審査請求、再審査請求（以下「審査請求等」という。））ができます。

公益財団法人労災保険情報センター（以下「RIC」という。）と立替払契約されている医療機関の場合、労働基準監督署長が不支給決定した立替払い分は一旦返金することとなり、患者さんが審査請求等をした場合は、あらためてRICから立替払いが行われますので、健康保険等に切り替えるか否かは審査請求等の決定後となります。

一般社団法人愛知県労災指定医協会 第13回定時総会にご出席ください

- ◆ 日時：令和7年7月3日(木) 午後2時
- ◆ 会場：昭和ビル9階ホール（名古屋市中区栄4-3-26）

上記日時・会場におきまして第13回定時総会を開催する予定としています。
会員の皆さまのご出席をお願いします。

2025年度労災診療費及びアフターケア 委託費請求書の提出締切日のお知らせ

保存版

提出締切日			
2025年	4月10日(木)	2025年	10月10日(金)
	5月12日(月)		11月10日(月)
	6月10日(火)		12月10日(水)
	7月10日(木)	2026年	1月13日(火)
	8月12日(火)		2月10日(火)
	9月10日(水)		3月10日(火)

I 注意事項

- 提出締切日は、原則として毎月10日です。10日が土曜日、日曜日、祝祭日、振替休日の場合は翌営業日となります。
- 提出先は、**愛知労働局労災補償課医療係**又は愛知県労災指定医協会事務局にお願いします。
- 愛知県医師会仮事務所には受付箱を設置していませんのでご注意ください。
- 当協会事務局に労災レセプト等を提出される場合は、上記締切日の午後5時までに必着をお願いします。締切日の午後5時以降に当協会事務局に届いた分は、翌月分扱いとなりますのでご注意ください。
- なお、電子レセプトにかかる労災請求書（「様式5号」、「様式第6号」、「様式16号の3」及び「様式第16号の4」）は、提出締切日までに愛知労働局労災補償課医療係へ直接、提出してください。
- 郵送の場合は、レターパック等記録が残る方法がおすすめです。

II 診断書・意見書の提出について（提出先は異なります）

診断書料等の請求書及びレセプトは愛知労働局労災補償課医療係又は当協会へ提出し、「症状照会の回報」や「意見書」は依頼元の労働基準監督署へ送付してください。

III 労災レセプト等用紙の送付を希望される場合

- 当協会会員様は、会員専用の「労災レセプト用紙注文書」にてご注文いただけます。
- 必要枚数、労災指定医番号、医療機関名等を明記の上、事務局へFAXにてご注文ください。
- 営業日14時までのご注文で当日発送しています。郵送料は無料です。
- 「労災レセプト用紙注文書」はホームページからダウンロード出来ますのでご利用ください。ダウンロードが出来ない場合は、事務局にご連絡いただければ注文書をFAXさせていただきます。
- なお、「労災レセプト用紙注文書」に記載の無い二次健康診断にかかる労災レセプト用紙等は、愛知労働局に直接、注文してください。

一般社団法人愛知県労災指定医協会 事務局（月～金 9:00～17:00）
〒460-0008 名古屋市中区栄4-3-26 昭和ビル6F
TEL 052-263-0093 / FAX 052-263-6775
HP <https://www.aichi-rousai.jp>