

V 各種の保険給付に係る事務処理（二次健康診断等給付を除く。）

第1 療養（補償）給付

1 給付事由

療養（補償）給付は、労働者が業務上の事由又は通勤による負傷又は疾病により療養を必要とする場合に支給される。

(1) 「療養の給付」と「療養の費用の支給」

療養（補償）給付の方法として、①所轄局長の指定する病院、診療所、薬局若しくは訪問看護事業者又は労災病院（以下「指定病院等」という。）で直接療養そのものを給付する「療養の給付」と、②それ以外の病院等で療養を行ったときにそれに要した費用を支給する「療養の費用の支給」の二つの方法がある。

(2) 「療養の費用の支給」が行われる場合

療養（補償）給付は、現物給付である「療養の給付」が原則であるが、例外的な取扱いとして、当該療養を必要とする労働者の居所又は勤務の地域にたまたま指定病院等がない場合、あるいは緊急な療養を必要としたため指定病院等以外の病院等で受診した場合等「療養の給付」を行うことが困難なとき又は療養の給付を受けないことにつき相当の理由があるときに限って「療養の給付」に代えて「療養の費用の支給」が行われる（昭和 41. 1. 31 基発第 73 号）。

なお、付添看護、移送、特定保険医療材料等については、「療養の給付」として取り扱うことが困難な事情にあるので、「療養の費用の支給」として取り扱われている。

2 療養（補償）給付の請求

療養（補償）給付の支給を受けようとする者は、給付の方法が「療養の給付」の場合にあつては「療養（補償）給付たる療養の給付請求書」（告示様式第 5 号又は第 16 号の 3）を指定病院等を経由して、「療養の費用の支給」の場合にあつては「療養（補償）給付たる療養の費用請求書」（告示様式第 7 号又は第 16 号の 5）を、提出することとなるので、記載事項に誤りがないか確認すること。また、事業主の証明及び診療担当者の証明を要する事項についても併せて確認すること。

なお、第 2 回目以後の「療養（補償）給付たる療養の費用請求書」（告示第 7 号又は第 16 号の 5）及び指定病院等を変更するときに署長に提出する「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」（告示様式第 6 号又は第 16 号の 4）における事業主の証明については、提出が離職後である場合には、各々必要ないものであること（平成 11 年労働省告示第 1 号）。

3 傷病（補償）年金受給者の療養（補償）給付の請求

療養（補償）給付は、当該傷病が治るまで続けられるが、傷病（補償）年金の受給者が療養（補償）給付を受ける場合は、次のとおり取り扱うこと（労災則第 12 条の 3）。

(1) 指定病院等の変更届の提出

療養の給付を受けている労働者が傷病（補償）年金の支給を受けることになった場合には、①年金証書の番号、②労働者の氏名、生年月日及び住所、③療養の給付等を受ける指定病院等の名称及び所在地を記載した「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」（告示様式第 6 号又は第 16 号の 4）を、その療養の給付を受ける指定病院等を経由して提出させること。

(2) 療養の給付を受ける指定病院等の変更届の記載

療養の給付を受ける指定病院等の変更届には、(1)の①及び②に掲げる事項並びに従来療養の給付を受けていた指定病院等の名称及び所在地を記載し、負傷又は発病の年月日、災害の原因及び発生状況等は記載する必要はないこと。

(3) 療養（補償）給付たる療養の費用請求書の記載

療養の費用の支給を受けている労働者が傷病（補償）年金の支給を受けることとなった場合は、「療養（補償）給付たる療養の費用請求書」（告示様式第7号又は第16号の5）には、負傷又は発病の年月日、災害の原因及び発生状況等は記載する必要はないこと。

4 給付の範囲

療養（補償）給付の範囲は、診察、薬剤又は治療材料の支給、処置・手術その他の治療、居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護、病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護及び移送で、政府が必要と認めるものに限られている。

5 療養（補償）給付請求書及び診療費請求書（薬剤費請求書を含む。）の提出先

(1) 療養（補償）給付請求書の提出

療養（補償）給付請求書（告示様式第5号又は第16号の3）は、指定病院等の所轄局を經由して被災労働者の所属事業場の所轄署長あて提出させること。

また、被災労働者が指定病院等を変更した場合、変更後初めての診療費又は薬剤費の請求の際には、療養（補償）給付請求書に代えて、「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」（告示様式第6号又は第16号の4）を添付させること。

(2) 診療費請求書及び薬剤費請求書の提出先

ア 診療費請求書及び薬剤費請求書は初回請求分、継続分、再発分及び被災労働者の所属事業場の都道府県内外を問わず、指定病院等の所轄局長あて提出させること。

イ 診療費請求書の作成単位は、初回分の請求については署ごとに、また、継続分の請求については、すべてを一枚の診療費請求書にまとめて作成させ、この場合、診療費請求内訳書は短期給付の業務災害、通勤災害、傷病（補償）年金の業務災害、通勤災害の順とさせること。

ウ 薬剤費請求書の作成単位についても、イに準じて行わせること。

6 診療費及び薬剤費の取扱い

診療費及び薬剤費に係る事務処理は、次の要領で、指定病院等の所轄局において行うこと。

(1) 受付

診療費請求書及び診療費請求内訳書の送付を受けたとき、または指定薬局から薬剤費請求書及び薬剤費請求内訳書の送付を受けたときは、診療費請求書又は薬剤費請求書の受付印欄に受付印を押印し、請求書の「②※受付年月日」欄にボールペン等で受付年月日を記入すること。

(2) 受付後事務処理

ア 診療費請求書と内訳書添付枚数の照合、確認を行うこと。

(7) 初回分

診療費請求書、内訳書及び療養の給付請求書が提出されるので、①診療費請求書の「④内訳書添付枚数」欄と添付内訳書枚数の照合、②療養の給付請求書の確認を行うこと。

療養の給付請求書が未提出のもの、枚数が一致しないものについては、指定医療機関等へ電話照会等を行い、必要な補正を行うこと。

(イ) 2回目以降分

診療費請求書、内訳書（転医等の場合は「指定病院等変更届」）が提出されるので、請求書の「④内訳書添付枚数」欄と添付内訳書枚数を照合すること。

枚数が一致しないものについては、(7)と同様の取扱いとする。

なお、転医始診や傷病（補償）年金への移行の場合は、「指定病院等変更届」の添付が必要であることから、同変更届の添付の有無を確認し、記載内容の照合を行うこと。

イ 請求書等の記載事項の確認を行うこと。

(7) 請求金額の確認

請求書の「③請求金額」欄に記載されている金額と、添付されたすべての内訳書の「⑨

合計額」欄の合計が一致しているかどうかを照合、確認すること。

金額が一致しないものについては、「請求書等不備返戻整理簿（医第4号）に記入し、局補償課長の決裁を受け「請求書等の内容の不備返戻について」（医第3号）を請求書に添えて指定医療機関等へ不備返戻を行うこと。

また、このとき〒記号の記入もれについても確認すること。

(4) 請求金額以外の記載に係る確認

請求金額以外の記載の確認は、次のとおり行うこと。

a 請求書

(a) 請求人の欄（記名押印又は署名）にもれがないか、確認すること。

(b) 「①指定病院等の番号」と指定医療機関等の名称（「請求人（病院又は診療所）の名称」欄）について指定医療機関台帳と突合すること。

(c) 「⑤請求年」、「⑥請求月」が「②※受付年月日」と同一年月になっていないか等、日付の整合性を確認すること。

(d) 「④内訳書添付枚数」がレセプト枚数と一致しているか確認すること。

b 内訳書

(a) 新継再別、労働保険番号又は年金証書の番号、生年月日、傷病年月日等の記入にもれがないか確認すること。

新継再別については、指定医療機関等への初診時には「1」（新規）となり、指定医療機関等から指定医療機関等への転医時には「3」（転医始診）となるので、これらの場合は「療養の給付請求書」又は「指定病院等変更届」が添付されているか確認すること。

(b) 「⑩療養期間」における療養開始年月日が、「⑦傷病年月日」以前となっていないか確認すること。

(c) 「⑪診療実日数」が「⑩療養期間」の暦日数を超えていないか確認すること。

(d) 新規レセプトの給付キーは、「療養の給付請求書」により必ず確認すること。

(e) 2回目以降のレセプトの給付キーについては、転医始診や傷病（補償）年金への移行の場合のみ、「指定病院等変更届」により必ず確認すること。

(3) 療養の給付請求書送付処理

ア 療養の給付請求書と内訳書の給付キーの照合を行うこと。

イ 療養の給付請求書に内訳書（初回分）の写しを添付した上で、送付先の署ごとに区分し、年度又は月を通じての「送付番号」（管轄内は署毎の一連番号、管轄外の署は一括して一連番号を可とする。）を付した「療養の給付請求書送付書（以下「送付書」という。）」〔医第5-1号又は5-2号〕に添付し、被災労働者が所属する事業場の所轄の署へ送付すること。

また、送付書は写しを作成し保管すること。

なお、送付書〔医第5-2号〕を使用する場合は、療養の給付請求書に対応する内訳書を特定するために、各々に同一の番号を付すこと。

(4) 審査方法

ア 全ての診療費請求内訳書（レセプト）の全項目について審査点検を行うこと。

イ 診療費の請求権の消滅時効は、民法第170条第1号の規定によって3年とされているため、診療日の属する月の翌月の初日から起算して3年を経過した診療費については、請求権を失うこととなる。

よって、請求書の受付印と内訳書の「⑩療養期間」とを照合し、請求期限を過ぎていると思われるものについては、指定医療機関等に確認すること。

ウ 労災診療費算定基準（診療報酬点数表及び調剤報酬点数表を含む）に記載された点数、金額の転記誤り、計算誤り等形式的な誤りがないか確認すること。

エ 次の観点から業務上の災害又は通勤災害による傷病に対する給付対象として適正であるか確認を行うこと。疑義がある場合には、署長に調査を促す等必要な照会を行うこと。

① レセプトに記載されている傷病の部位及び傷病名が、業務上の災害又は通勤災害によるものとして妥当であるか。

- ② 療養中にレセプトへ追加記載された新たな傷病等が、私病によるものではなく、原傷病、業務上の災害又は通勤災害によるものとして妥当であるか。
 - ③ 傷病名、傷病の程度、療養経過を踏まえ、療養の内容等から症状固定に該当する可能性があるか。
 - ④ 傷病が再発である場合に、再発として認められる傷病の部位及び傷病名か。
- オ 労災診療費算定基準に明確な算定要件が記載されている場合に、その要件の解釈を誤って算定しているもの等労災診療費算定基準に適合していないものがないか確認すること。

この場合、次の事項に留意すること。

- ① 入院外の患者にのみ算定できるものが入院中の患者について算定されていないか。
- ② 療養期間が不当に長くないか。
- ③ 症状から判断して、処置、注射等が必要以上になされていないか。
- ④ 診療費請求内訳書に記載されている傷病に対して効果がないと思われる投薬、注射等が行われていないか。
- ⑤ 画像診断（X線、CT、MRI等）が、傷病の部位及び程度からみて妥当なものであるか。
- ⑥ 歯科の補てつに必要と認められない金、プラチナ等が使用されていないか。
- ⑦ 入院は、傷病名、診療内容等から必要なものと認められるか。
- ⑧ 個室又は2人部屋への収容は、必要な限度に止められているか。
- ⑨ 入院料の外に入院中の諸雑費が請求されていないか。
- ⑩ 「薬価基準」に収載されていない医薬品が含まれていないか。
- ⑪ 症状が安定していると認められるものに対して理学療法、マッサージ等の物理的治療が長期にわたって行われていないか。また、検査が必要以上に行われていないか。

診療費請求内訳書及び薬剤費請求内訳書の審査の結果、当該労働者について症状固定等療養の給付を行う必要性に疑義が生じたときは、関係資料を添付し所轄署長に連絡すること。

カ 疑義事項の全てについて付箋を作成すること。そのうち医学的判断を要する事案については、診療費審査委員会に諮るものを選定し、意見を求めること。

(5) 診療費等の支出

ア 指定医療機関（国立病院を除く。）に対する診療費及び指定薬局に対する薬剤費の支払は、本省（労災保険業務課）において機械処理を行い、本省支出官から各指定医療機関又は指定薬局が指定した金融機関の預貯金口座（R I C等の一括振込先機関と契約を行っている医療機関については、一括振込先機関に対して支払を行う。）への振込によって支払を行う。

指定病院等の所轄局においては、本省（労災保険業務課）から配信される「診療費審査確認書」及び「同内訳書」について、OCR入力を行った診療費請求書等及び診療費チェックリストと確認の上、局長の決裁を受けること。

イ 国立病院（独立行政法人国立病院機構は該当しない。）に対する診療費の支払については、機械処理の結果、本省（労災保険業務課）より配信される「診療費審査確認書（国庫内移換）」及び「同内訳書（国庫内移換）」とOCR入力を行った診療費請求書等及び診療費チェックリストを確認の上、「診療費審査確認書（国庫内移換）」を用いて指定病院等の所轄局長の決裁を受けること。

ウ 診療費の支出を行ったときは、会計検査院に対する支出計算書等の証拠書類は、「厚生労働省の計算証明に関する指定」（平成13.3.23 13 検第180号）の第1章第2によること。

エ 診療費の過誤払についての債権管理は、「債権管理事務取扱手引」によること。

オ 労災則の一部を改正する省令（昭和41年労働省令第2号）による改正前の労災則第21条の9又は第21条の10の規定に基づき、長期傷病者補償を受ける者で管轄の特例が認められた者（以下「管轄の特例が認められた者」という。）に係る診療費請求書については、その者について当該負傷又は疾病に係る保険給付に関する事務を行う署を所轄署とし、当該所轄署が管轄する区域を管轄する局を所轄局とすること。

7 療養の費用の取扱い

- (1) 療養の費用請求書の療養の内訳及び金額の審査に当たっては、6の診療費請求内訳書及び薬剤費請求内訳書に準じて行うこと。
- (2) 療養の費用請求書の診療内容等について医学的に問題のあるものについては、診療費審査委員会に諮ること。

8 療養（補償）給付の具体的審査

療養（補償）給付の具体的審査に当たっては、次の点に留意して行うこと。

また、療養を受けている者（傷病（補償）年金を受けている者を含む。）について療養の継続の要否、入院療養の要否、治ゆ等を判断するために、診療担当医師に診断書の提出を求める場合は、診様式第14号の1（172頁参照）又は第14号の2（174頁参照）により署長の決裁を受けた上で、診様式第15号の1（173頁参照）又は第15号の2（175頁参照）及び診機様式第1号の2又は第1号の3により提出依頼等を行うこと。

なお、診断書の提出を依頼した場合は、診様式第13号検査・診断書提出等依頼台帳に必要事項を記載し、診断書の收受状況を明確にしておくこと。この場合の診断書料は障害等級等認定庁費又は保険給付費で処理すること（昭和60.4.5基発第182号）。

(1) 薬剤

使用薬剤の範囲は、健康保険における「薬価基準」に記載されている医薬品を原則とする。

また、安価な薬で足りる場合に高価な薬を使用することは認められない。

(2) 治療材料及び治療用装具

治療材料及び治療用装具とは、治療上必要なものに限られ、ガーゼ、包帯、手術後に使用する副木、関節挿入膜、病院収容時における氷、コルセット、輸血用血液等がその対象となる。

義歯は、療養（補償）給付として取り扱って差し支えない。また、義指、義手、かつら、眼鏡等は、療養の範囲に属しない。

なお、視力の屈折矯正のために使用するコンタクトレンズは社会復帰促進等事業として認められている。

(3) 処置

処置とは、包帯の交換、薬の塗布、患部の洗じょう、あん法、点眼、注射、酸素吸入、異物除去等をいう。

死体処置のうち、死後の診断又は医師の立場から死体に施す適宜の処置、例えば手術面の仮縫合、内臓露出物の還納等は特に療養の範囲に含める。しかし、本来葬儀屋が行うべき処置（湯灌に代えてアルコール等で拭拭して、脱脂綿等で分泌物漏洩のおそれある部位を充填する等）を医師が代行したと認められるものは療養の給付の対象とならない。（昭和23.7.10基災発第97号）

火葬料及び遺骨の移送に要する費用は、療養の給付の範囲とは認められない。

(4) 手術

手術とは、諸種の切截術、切開術、剔出術、切断術等をいい、一般的には患部の切開、縫合等とされている。

植皮術は、療養の過程で行われるものであれば、一般に手術として療養の範囲として認められるが、一旦治ゆした後の植皮術は、外科後処置の対象となるものである。

なお、他人から皮膚の提供を受けたとき、提供者の皮膚を剥離するに要する費用は、提供を受けた者の植皮術費用のうちに含まれるもので、提供者に支給すべきものではない。

(5) 入院

ア 入院の要件は、次のとおりとする。

- ① 傷病の状態が重篤で、常に医師の監視を要すると認められるもの。

- ② 入院しなければ、その傷病に必要な処置、手術等が実施できないと認められるもの。
- ③ 歩行不能又は著しく歩行困難であるもの。
- ④ 歩行はできるが、退院することにより傷病が悪化するおそれのあるもの。
- イ 入院の期間は、療養上必要と認められる最少限度に止められるべきで、症状の程度はそれほどでなくショック状態を呈し又は全身状態が極度に悪化しているものを入院させたときは、その状態が快復したら通院に切り替えるべきである。また、治ゆの日まで入院するというようなものは一般に認めるべきでない。
- ウ 入院の認められないものとしては、次のようなものが該当する。
 - ① 患者の個人的な都合によるもの。例えば、患者が単身あるいは宿舎がないという理由によるもの。
 - ② 地理的な事情によるもの。例えば、通院に長時間を要するあるいは交通に不便であるという理由によるもの。
 - ③ 単なる手指等の負傷で、技術的に高度の治療を行う必要のないもの。
 - ④ しばしば外泊するようなもの。
 - ⑤ 患者の強要によるもの。

(6) 移送費（通院を含む。）

移送費とは、傷病労働者が負傷又は傷病のため入院治療を必要としたとき又は転医せざるを得ないときに、その医療機関まで歩行することができない場合又は歩行することが極めて困難な場合等に支給される費用である（昭和 37.9.18 基発 951 号（最終改正平成 20.10.30 基発第 1030001 号））。

ア 移送（通院を含む。）の認められる条件は、次のとおりとする。

- ① 災害現場から医療機関へ移送する場合
- ② 入院の必要が生じ、自宅等から医療機関に収容する場合
- ③ 署長の勧告による転医（転地又は帰郷療養を含む。以下同じ。）の場合
- ④ 担当医師の指示による転医又は対診の場合
- ⑤ 担当医師の指示による退院の場合
- ⑥ 住居地又は勤務地から、原則片道 2 キロメートル以上の通院であつて、次の i から iii のいずれかに該当する場合
 - i 同一市町村内の適切な医療機関へ通院したとき
 - ii 同一市町村内に適切な医療機関がないため、隣接する市町村内の医療機関へ通院したとき（同一市町村内に適切な医療機関があつても、隣接する市町村内の医療機関の方が通院しやすいとき等も含む）
 - iii 同一市町村及び隣接する市町村内に適切な医療機関がないため、それらの市町村を超えた最寄りの医療機関へ通院したとき

ただし、住居地又は勤務地から片道 2 キロメートル未満の通院であつても、傷病労働者の傷病の症状の状態からみて、交通機関を利用しなければ通院することが著しく困難であると認められる場合には、この限りでない。
- ⑦ 署長が診察を受けることを勧告した医療機関への通院

イ 移送費の給付の範囲は、次のとおりとする。

- ① 交通機関（電車、自動車等）の運賃
傷病労働者の傷病の状況等からみて、一般に必要と認められるもの。
- ② 移送に従事した者の日当
 - i 付添看護人の日当は、その地区における一般看護人の日当額以内とする。
 - ii 同一事業場の労働者の場合は、その労働者の通常の労働日の賃金以内とする。
 - iii 配偶者及び二親等内の血族が移送に従事する場合は、日当は支給されない。

ウ 添付書類として、移送に要した費用の額を証明する領収書等の提出を求めること。

なお、自家用自動車の使用については昭和 53.7.6 付け基発第 386 号を参照すること。

(7) 柔道整復師の施術

柔道整復師の施術についての取扱いは、本省通達に定める範囲及び料金による（昭和 33.12.12 基発 784 号、昭和 34.8.5 基発 545 号、昭和 41.3.22 基発 245 号、昭和 53.3.16

基発 154 号（最終改正平成 25. 6. 21 基発 0621 第 6 号）。

(8) はり、きゅう、マッサージ師の施術

はり、きゅう、マッサージ師の施術についての取扱いは、本省通達に定める範囲及び料金による（昭和 57. 5. 11 基発 326-1 号（最終改正平成 25. 6. 21 付け基発 0621 第 7 号））。

9 治ゆ年月日の登記

治ゆと判断されたものについては、被災者基本情報登録・修正帳票等により治ゆ年月日を登記すること。

第 2 休業（補償）給付

1 給付事由

休業（補償）給付は、業務上の事由又は通勤による負傷又は疾病による療養のため、労働することができないために賃金を受けない日の第 4 日目から支給される。

なお、休業第 3 日目までは労災保険給付がない待期間とされ、業務災害については、この間は事業主が労基法の規定によって休業補償を行うことになる。

(1) 療養

「療養のため」とは、労災保険法第 13 条又は第 22 条に規定する範囲内の療養を行っていることである。したがって、社会復帰促進等事業として行う義肢の装着あるいは外科後処置のために医療機関等に入り再手術する場合等は療養の範囲に属さないことから、そのための休業については給付の対象とならない（昭和 24. 2. 16 基収 275 号、昭和 24. 12. 15 基収 3535 号）。

(2) 労働不能

ア 「労働することができない」とは、必ずしも負傷直前と同一の労働ができないという意味ではなく、一般的に働けないことをいう。したがって、軽作業に就くことによって症状の悪化が認められない場合、あるいはその作業に実際に就労した場合には、その賃金が休業（補償）給付額よりも低い場合であっても、給付の対象とはならない（昭和 27. 11. 14 基災収 1861 号）。

イ 所定の就業時間内に災害が発生し、所定労働時間の一部について休業の事実がある場合は、負傷当日を労働不能として取り扱い休業日数に算入する（昭和 27. 8. 8 基収 3208 号）。

(3) 賃金喪失

「賃金を受けない日」とは、労働することができないことによって、賃金の全部を受けない場合と一部を受けない場合とがあり、一部を受けない場合については次のとおり取り扱うこと（昭和 40. 7. 31 基発 901 号、昭和 40. 9. 15 基災発 14 号）。

ア 傷病が当日の所定労働時間内に発生し、療養のため所定労働時間の一部について労働することができない場合は、当該一部休業した時間に対して平均賃金の 60/100 以上の金額が支払われていても、その日は待期間に算入されること。

また、通勤による傷病が、所定労働時間終了前（出勤時、早退時等）に発生した場合については、その日は休業したこととなるが、所定労働時間終了後（退勤時）に発生した場合については、その日は休業したこととはならないこと。

ただし、2 暦日にまたがる勤務形態をとる場合には、出退勤を問わず、当該傷病発生の日から休業する日として取り扱うこと。

イ 全部労働不能の場合、災害当日を除く休業最初の 3 日間については、使用者が平均賃金の 60/100 以上の金額を支払ったときは、特別の事情がない限り休業補償が行われたものとして取り扱うこと（昭和 40. 7. 31 基発 901 号）。

一方、待期間後（休業第 4 日目以降）については、平均賃金の 60/100 以上の賃金が支給されているときには、賃金が支払われたものとして給付事由が生じないこと（昭和 27. 8. 6 基収 3152 号）。

ウ 通院等のため所定労働時間の一部について労働することができない一部労働不能の場合、当該一部休業した時間に対して、平均賃金と実労働時間に対して支払われる賃金との差額の60/100未満の金額しか支払われていないときは、その日は休業した日として休業（補償）給付の対象となること。

なお、当該一部休業した時間に対して、差額の60/100以上の金額が支払われている場合には、療養のため休業した最初の日から4日目以降の日については、休業する日に該当しないこととなる（昭和40.7.31基発901号、昭和40.9.15基災発第14号）。

(4) 休業（補償）給付を行わない場合

次のいずれかに該当する場合には、休業（補償）給付を行わない（労災保険法第14条の2、労災則第23条の4）。

- ① 懲役、禁錮若しくは拘留の刑の執行のため若しくは死刑の言渡しを受けて刑事施設（少年法第56条第3項の規定により刑を執行する場合における当該少年院を含む。）に拘置されている場合、留置施設に留置されて懲役、禁固若しくは拘留の刑の執行を受けている場合、労役場留置の言渡しを受けて労役場に留置されている場合又は監置の裁判の執行のため監置場に留置されている場合
- ② 少年法第24条の規定による保護処分として少年院若しくは児童自立支援施設に送致され、収容されている場合又は売春防止法（昭和31年法律第118号）第17条の規定による補導処分として婦人補導院に収容されている場合

2 給付の請求

休業（補償）給付の支給を受けようとする者は、所定事項を記載した休業（補償）給付支給請求書（告示様式第8号又は第16号の6）を所轄署長に提出することとなるので、記載事項に誤りがないか確認すること。また、事業主の証明及び診療担当者の証明を要する事項についても併せて確認すること。

なお、事業主の証明については、第2回目以後の請求が離職後である場合には、当該請求が離職前に係る休業期間を含む場合を除き、必要ないものであること（平成11年労働省告示第1号）。

3 給付の内容

(1) 休業（補償）給付の額

休業（補償）給付の額は、一日につき給付基礎日額の60/100に相当する額である。

ただし、業務上の事由又は通勤による負傷又は疾病による療養のため所定労働時間のうち、その一部分についてのみ労働した日に係る休業（補償）給付の額は、次のとおり給付基礎日額から実際に労働した部分の賃金額を差し引いた額の60/100である。

$$\text{一部休業日についての休業補償給付の額} = \left[\text{給付基礎日額} - \text{一部休業日の労働に対し支払われる賃金の額} \right] \times \frac{60}{100}$$

この場合の給付基礎日額は、年齢階層別の最高限度額の適用がないものとした場合の給付日額である（労災保険法第14条第1項ただし書）。

(2) 端数処理

休業（補償）給付額の算出において、給付基礎日額に100分の60を乗じて休業1日分の休業（補償）給付の確定金額を算出し、その額に1円未満の端数を生じた場合には、その端数金額を切り捨てた額に給付日数を乗じて得た額を支給額とすること（国等の債権債務等の金額の端数に関する法律（昭和25年法律第61号））。

4 傷病（補償）年金と休業（補償）給付との関係

休業（補償）給付を受けている者について、傷病（補償）年金の支給事由が生じた場合であっても、その支給事由の生じた月の末日までは引き続き休業（補償）給付が行われる。また、傷病は治ゆしないが、その傷病による障害の程度が傷病等級表に掲げる障害の程度に該当しなくなったため傷病（補償）年金の受給権を失った労働者に対しては、その受給権を失った月の翌月から、必要に応じて休業（補償）給付が行われる。

5 通勤災害における一部負担金の徴収

(1) 一部負担金の額

通勤災害による療養給付を受ける労働者は、200円を超えない範囲内で厚生労働省令で定める額を一部負担金として徴収されることとなっている（労災保険法第31条第2項。）。

この一部負担金の額は200円である。ただし、健康保険法の規定による日雇特例被保険者については100円である（労災則第44条の2第2項）。

(2) 一部負担金の徴収を要しない者

通勤災害における一部負担金の徴収を要しないものは次のとおりとする。

- ① 第三者の行為によって生じた事故により療養給付を受ける者
- ② 療養の開始後3日以内に死亡した者
- ③ 休業給付を受けない者
- ④ 同一の通勤災害に係る療養給付について既に一部負担金を納付した者
- ⑤ 特別加入者

(3) 休業給付から的一部負担金の控除

通勤災害における一部負担金の徴収事務は、休業給付の初回の支給の際に、一部負担金の額を減額して支給することにより、一部負担金の徴収に代えることができる。したがって、この場合には一部負担金の徴収に関する債権管理事務は行う必要がない。（労災保険法第22条の2第3項、昭和52年3月30日基発第192号）

しかし、最初に支給すべき休業給付から減額措置が行われなかった場合には、休業給付の過払ということになるため、署において機械処理により変更決定決議を行ったのち、債権確認書の入力を行うこととなる。具体的方法については、「労災保険業務機械処理事務手引（業務共通・共通編）、（短期給付業務編）」及び「債権管理事務取扱手引」により行うこと。

6 請求書審査上の要点

(1) 支給事由の有無

休業（補償）給付の支給事由は、1のとおりであるので、その事由に該当するか審査すること。

ア 業務上外又は通勤災害該当の有無については、「負傷又は発病年月日」と「災害の原因及び発生状況」及びその事業の業態又は通勤の態様等から判断すること。

イ 「療養のため」については、「傷病の部位及び傷病名」、「療養の期間」、「傷病の経過」等によって確認すること。

ウ 労働不能については、「労働者の職種」、「傷病の部位及び傷病名」、「療養の期間」、「傷病の経過」等から「療養のため労働することができなかつたと認められる期間」が妥当であるかを判断すること。

また、休業の有無については、出勤簿等によって確認すること。なお、休業の必要性の有無については、医師の意見を聞き、場合によっては被災労働者に事情を聴取すること。

傷病名から判断して休業期間が長いと思われるもの、又は休業を必要としないと思われるものについては、労働不能の程度等について、主治医及び被災労働者について調査すること。

エ 賃金喪失については、イ、ウ及び「負傷又は発病年月日」、「賃金を受けなかった日数」等から判断すること。

特に、月給者については、休業期間中に賃金が支払われていることがあることから、賃金台帳によって確認すること。

(2) 給付すべき額の算定

ア 休業期間については、「負傷又は発病年月日」、「療養のため労働することができなかつたと認められる期間」等から確認すること。

なお、1の(2)及び(3)に留意し、待期間の計算を誤らないよう注意すること。

イ 給付基礎日額（平均賃金）の算定に当たっては、IVの第2の1及び第3により調査及び確認を行うこと。

その際、「負傷又は発病年月日」、「雇入年月日」、「賃金支給方法」等を確認して算定期間を誤らないよう注意すること。また、請求書の「平均賃金算定内訳」の金額が賃金台帳等の支払金額と相違していないか確認すること。

ウ 休業（補償）給付についても、IVの第3の4の(1)により厚生年金等との併給調整を行う必要があるが、国民年金又は厚生年金保険においては、初診日から1年6か月を経過した日又はその期間内にその傷病が治った日において、一定の障害の状態にある場合には障害厚生年金等が支給される。このため、特に療養が長期にわたる者については、同一の事由により障害厚生年金等を受給していないかについて、請求書等により確認すること。

第3 障害（補償）給付

1 給付事由

障害（補償）給付は、労働者が業務上の事由又は通勤による負傷又は傷病が治ったときに身体に障害が存する場合に、その障害の程度に応じて行うものであり、障害補償の対象となる障害の程度は、労災則別表第1「障害等級表」に定められている。

(1) 対象

障害（補償）給付は、障害による労働能力の喪失に対する損失を補うことを目的とするものであるから、負傷又は疾病が治ったときに残存する当該傷病と相当因果関係を有し、かつ、将来においても回復が困難と見込まれる精神的又は身体的き損状態であって、その存在が医学的に認められ、労働能力の喪失を伴うものを障害補償の対象としている。

(2) 治ゆ

「治ったとき」とは、傷病に対して行われる医学上一般に承認された治療方法（以下「療養」という。）をもってしても、その効果が期待し得ない状態（療養の終了）で、かつ、残存する症状が自然的経過によって到達すると認められる最終の状態（症状の固定）に達したときをいう。したがって、障害の程度の評価は、原則として療養効果が期待し得ない状態となり、症状が固定したときにこれを行うこととなる。

(3) 労働能力

「労働能力」とは、一般的な平均的労働能力をいうのであって、被災労働者の年齢、職種、利き腕、知識、経験等の職業能力的諸条件については、障害の程度を決定する要素とはなっていない。

2 給付の種類と請求手続

障害（補償）給付は、障害等級に応じ年金（1級～7級）と一時金（8級～14級）とに区分される。

障害（補償）給付の支給を受けようとする者は、所定事項を記載した障害（補償）給付支給請求書（告示様式第10号又は第16号の7）を所轄署長に提出することとなるので、受付時において、記載内容に誤りがないか確認すること。また、事業主の証明を要する事項、診断書等の添付書類等についても併せて確認すること。

また、障害（補償）給付支給請求書が提出された場合は、請求書に添付された診断書に障害等級に該当しない旨の記載があるときであっても、受け付けた上で支給又は不支給の決定を行うこと。

療養効果が期待し得ない状態であっても、症状の固定に至るまでかなりの期間を要すると見込まれるものもあり、この場合、医学上妥当と認められる期間を待って、障害の評価をすることとなるが、この場合であっても、障害（補償）給付支給請求書が提出された場合はこれを受け付け、受付の保留をしないこと。

なお、症状の固定の見込みが6か月以内に認められないものにあつては、療養の終了時において将来固定すると認められる症状によって等級を認定すること。

3 請求書審査上の要点

障害（補償）給付支給請求書の内容審査に当たっては、IV及びVの3の第2の2のほか、次の点に留意して行うこと。

- ① 傷病が治ったこと、治った日並びにその治ったときにおける障害の部位及び状態に関する医師又は歯科医師の診断書が添付されているか。
- ② 障害の立証上必要なX線写真その他必要な書類が添付されているか。
- ③ 障害を受けた同一部位に既存の障害がある場合は、その部位及び状態が明示されているか。
- ④ 厚生年金保険等の受給関係は、誤りなく記載されているか。

4 障害等級の認定

(1) 認定時において特に留意すべき事項

- ア 災害の原因、障害の状態等を踏まえ、災害発生状況、既存障害の有無、その他必要な事項について被災労働者本人や事業主等から聴取すること。
- イ 診断書は障害等級認定基準に定める検査及び判断に基づき記載されている必要があること。
- ウ 神経症状に関する障害については、他覚的所見の有無を確認する必要があること。
- エ 診断書等に基づき、障害を漏れなく把握すること。
特に機能障害の原因が明確でない場合や精神・神経の障害の場合等については、診断書にすべての障害の状態が記載されていない場合もあり、診断書の記載が十分でないと判断されるものについては被災労働者の主訴についても聴取する必要があること。
- オ 複数の障害が認められる場合は、準用・併合の取扱いを検討すること。
- カ 既存障害がある場合は、加重の取扱いを検討すること。
なお、障害を残した同一部位の既存障害の有無が不明な場合には、事業場で保管されている健康診断結果等も確認すること。

(2) 認定の方法

障害等級の認定に当たっては、診断書、地方労災医員等の専門医の意見書に基づき、別に定められた「障害等級認定基準」（昭和50.9.30基発第565号、昭和56.1.31基発第51号（神経系統の機能又は精神、胸腹部臓器）、昭和61.3.26基発第167号（聴覚）、平成3.12.25基発第720号（聴覚）、平成12.3.14基発第128号（視野、嗅覚、味覚、関節可動域の測定要領）、平成13.3.29基発第195号（眼）、平成15.8.8基発第0808002号（神経系統の機能又は精神）、平成16.6.4基発第0604002号（せき柱及びその他の体幹骨、上肢、下肢、眼）、平成18.1.25基発第0125002号（胸腹部臓器）、平成23.2.1基発0201第2号（外ぼうの醜状））により障害等級を決定すること。

ア 器質的障害又は機能障害のうち、障害の程度が明らかなものについては、請求書に添付された診断書、X線写真等の資料に基づき、本人の障害の状態を確認の上、原則として専門医の意見書等を求めることなく障害等級を決定する。

なお、次の①～③のすべての項目に該当する障害（補償）給付請求書については、原則として実地調査を要しないものとする。

- ① 障害が器質的なものに限られ、障害の程度が明らかな事案
- ② 既存障害のないことが明らかな事案
- ③ 障害の程度が障害（補償）一時金に該当する事案

イ 複雑な機能障害あるいは神経障害等高度な医学的判断を要するものについては、原則として地方労災医員等の専門医の意見書等を求めて障害等級を決定する。

また、障害等級の決定は、署長が行うものであるが、その決定には医学的根拠が必要であり、地方労災医員等の専門医の意見等が根拠となるものであることに留意すること。

なお、専門医等に診断又は判断を依頼する場合には、障害等級認定についての基本的な考え方等を説明すること。

この場合の事務処理は、次によること（昭和33.7.12基発454号）。

- ① 署長が専門医等に意見書の提出を依頼する場合には、「専門医等に対する意見書依頼台帳」に記載して事務処理の適正を期すこと。
- ② 担当者は、「意見書の提出依頼について」（176頁参照）により起案して決裁を受け、「意

見書の提出について(177頁参照)を添付して依頼すること。「依頼事項」は具体的に記載すること。

- ③ 労働者に専門医等の診断を受けさせる場合には、予め専門医等に連絡して受診の日時を決定し、その旨を労働者に通知しておくこと。この場合、様式7の「判断」の文字は抹消すること。また、労働者に診断を受けさせることなく意見書の提出を依頼する場合には、「診断」の文字を抹消すること。

なお、現に労災保険によって療養を継続している者の療養継続の要否、入院療養の要否、治ゆ等を判断するために専門医に意見書の提出を求める場合に用いる様式等については、第1の7を参照すること。

(3) 障害認定調査復命書の作成

障害等級の認定に当たっては、「障害認定調査復命書」を作成し、障害(補償)給付支給請求書に添付し、決裁を受けること(IVの第2の2の(7)参照)。

第4 遺族(補償)給付

1 給付事由

遺族(補償)給付は、労働者が業務上の事由又は通勤により死亡した場合にその遺族に対して支給されるが、遺族(補償)給付には、一時金としての「遺族(補償)一時金」と年金給付としての「遺族(補償)年金」がある。

「遺族(補償)一時金」は、労働者の死亡当時に遺族(補償)年金を受けることができる遺族がいない場合又は受給権者の権利が消滅した場合において、他に受給権者がなく、かつ、既に支給した遺族(補償)年金の合計額が給付基礎日額の1,000日分に満たない場合に支給するものである(労災保険法第16条の6、第16条の8、第22条の4)。

2 受給権者及び請求手続

(1) 遺族(補償)一時金の受給権者

ア 労働者の死亡当時に年金の受給資格者がいない場合の受給権者は、次のとおりである。

順位	遺族	労働者の死亡当時の要件		
1	妻	生計維持関係になかった者		
	夫	生計維持関係になかった者		
	夫	生計維持関係にあり、55歳未満で障害の状態にない者		
2	子	生計維持関係あり	障害状態なし	18歳に達した日以後最初の3月31日が終了した者
3	父母			55歳未満
4	孫			18歳に達した日以後最初の3月31日が終了した者
5	祖父母			55歳未満
6	子			生計維持関係になかった者
7	父母			
8	孫			
9	祖父母			
10	兄弟姉妹	生計維持関係にあり、18歳に達した日以後最初の3月31日が終了し、55歳未満で、障害の状態にない者		
	兄弟姉妹	生計維持関係になかった者		

イ 年金の最後順位の受給権者が失権し他に受給資格者がいない場合の受給権者は、次のとおりである。

順位	遺族	労働者の死亡当時の要件	備考
1	配偶者		労働者の死亡当時、年金の受給資格者とならなかった者又は年金の受給権者となったがその後失権した者
2	子	生計維持関係にあった者	労働者の死亡当時、年金の受給資格者とならなかった者又は年金の受給資格者・受給権者となったがその後失格・失権した者
3	父母		
4	孫		
5	祖父母		
6	子	生計維持関係になかった者	
7	父母		
8	孫		
9	祖父母		
10	兄弟姉妹		労働者の死亡当時、年金の受給権者とならなかった者又は年金の受給資格者・受給権者となったがその後失格・失権した者

(注) 死亡労働者の配偶者・子・父母・孫・祖父母・兄弟姉妹たる身分は、労働者の死亡当時の身分によるものであり、その後の身分関係の変動には関係しない。

(2) 遺族（補償）一時金の請求手続

遺族（補償）一時金の支給を受けようとする者は、所定事項を記載した遺族（補償）一時金支給請求書（告示様式第 15 号又は第 16 号の 9）を所轄署長に提出することとなるので、記載内容に誤りがないか確認すること。また、事業主の証明を要する事項、添付書類等についても併せて確認すること。

なお、遺族（補償）一時金を受ける権利を有する者が 2 人以上いるときは、原則としてこれらの者のうち 1 人を遺族（補償）一時金の請求及び受領についての代表者に選任しなければならない。

(3) 遺族（補償）年金の受給権者及び請求手続

遺族（補償）年金の受給権者及び請求手続については、V の 3 の第 2 の 3 を参照すること。

3 給付の内容

(1) 遺族（補償）一時金

ア 遺族（補償）一時金の給付内容は、次のとおりであること。

① 労働者の死亡時に年金の受給資格者がいないとき … 給付基礎日額の 1,000 日分

② 年金の最後順位の受給権者が失権し他に受給資格者がいない場合で、それまで受給権者であった者全員に対して支給された年金の合計額が給付基礎日額の 1,000 日分に満たないとき … 給付基礎日額の 1,000 分と支給された年金の合計額との差額

イ 遺族（補償）一時金の算定の基礎となる給付基礎日額については、年金給付基礎日額に準じる。ただし、年齢階層別最低・最高限度額の適用はない。

なお、労災保険法第 16 条の 6 第 1 項第 2 号の遺族（補償）一時金（いわゆる差額一時金）の額を計算する際における支給された遺族（補償）年金の額の合計額を計算する場合には、現に支給された遺族（補償）年金の額（厚生年金等との併給調整がある場合には、その調整後の額）に換算率を乗じることとし、遺族（補償）年金前払一時金が支給されている場合には、遺族（補償）年金前払一時金の額に対しても換算率を乗じること

(平成 2.7.31 基発 484 号)。

換算率については、毎年 7 月に、その年の 8 月 1 日から翌年の 7 月 31 日までに支給すべき事由が生じた遺族（補償）一時金の算定に用いるものを告示する。

(2) 遺族（補償）年金

遺族（補償）年金の給付内容については、V の 3 の第 2 の 3 を参照すること。

4 請求書審査上の要点

(1) 添付書類等の確認

死亡診断書又は死体検案書等、戸籍謄本（抄本）その他必要な書類が添付されているか確認すること。

(2) 受給権者の確認

ア 請求人の受給順位が正当であるか、請求人以外に同順位者がいないか及び遺族の障害の有無について、戸籍謄本並びに本人及び遺族その他の関係者から確認すること。

イ 請求人が、婚姻の届出をしていないが事実上婚姻関係と同様の事情にあった者であるときは、その事実を父母、同居者、近隣者、事業主、同僚労働者及び警察、市町村役場等から確認すること。この場合、子の有無、内縁関係の期間及び共同した経済生活の有無についても調査すること。

ウ 請求人が、労働者の死亡当時その収入によって生計を維持していた者であるかどうかは、家庭の状況を調査するとともに、請求人の生計に要する費用の額及び請求人が労働者から与えられた生計に用いるための費用の額を、家計簿、領収書等によって確認すること（V の 3 の第 2 の 3 の (2) のイ参照）。

エ 外国籍を有する者に係る戸籍謄本の取寄せ等については、昭和 37.2.15 基発第 132 号等に留意の上、必要な調査を行うこと。

第 5 葬祭料又は葬祭給付

1 給付事由

葬祭料又は葬祭給付は、業務上の事由又は通勤により死亡した労働者の葬祭を行う者に対して支給される。

その額は、通常葬祭に要する費用を考慮して厚生労働大臣の定める額とされているが（労災保険法第 17 条、第 22 条の 5）、具体的には次の①又は②による額が支給される（労災則第 17 条、第 18 条の 11）。

なお、葬祭料又は葬祭給付の算定の基礎となる給付基礎日額については、年金給付基礎日額に準ずるものとする。ただし、年齢階層別最低・最高限度額の適用はない。

① 給付基礎日額の 30 日分+315,000 円

② ①の額が給付基礎日額の 60 日分に満たない場合には、給付基礎日額の 60 日分

2 受給権者及び請求手続

(1) 受給権者

葬祭料又は葬祭給付の受給権者は、葬祭を行う者である。通常は遺族で遺族（補償）給付の受給権者と同一人であるが、必ずしもそうでない場合もある。

会社等で社葬を行うような場合もあるが、これは一般に儀礼的なもので、遺族は埋葬その他祭礼を別に行うものであることから、この場合であっても受給権者は遺族である。しかし、死亡労働者の遺族が全くいない等の理由で、事業主が葬祭を行ったものであれば、事業主が受給権者として認められる。

(2) 請求手続

葬祭料又は葬祭給付の支給を受けようとする者は、所定事項を記載した「葬祭料請求書」（告示様式第 16 号）又は「葬祭給付請求書」（告示様式第 16 号の 10）を署長に提出することとなるので、記載内容に誤りがないか確認すること。また、事業主の証明を要する事項

等についても併せて確認すること。

3 請求書審査上の要点

(1) 添付書類等の確認

必要な書類が添付されているか確認すること。ただし、遺族（補償）給付支給請求書に添付されているものは不要である。

(2) 受給権者の確認

受給権者に誤りはないか確認すること。

なお、請求人が遺族（補償）給付の受給権者あるいは受給資格者等である場合は、特に実地調査を行わなくても提出された書類によって葬祭を行う者を確認できるが、請求人が事業主その他の者であるときには、次の要領によって実地調査を実施すること。

ア 葬祭を行う遺族がいないため事業主その他の者が行ったものであることを確認すること。

イ 事業主が儀礼的・恩恵的に行った社葬等は保険給付の対象とならないものであるから、就業規則、会社内規等によって葬祭の趣旨を調査すること。

第6 介護（補償）給付

1 給付事由

介護（補償）給付は、障害（補償）年金又は傷病（補償）年金を受ける権利を有し、当該年金の支給事由となる障害により常時又は随時介護を要する状態にある重度被災労働者に対して、その請求に基づいて介護費用の補償を行うものであり、介護（補償）給付の支給対象となる障害の程度は、労災則別表第3「要介護障害程度区分表」に定められている。

2 給付の内容

介護（補償）給付は、月単位で支給する。

支給額については、被災労働者が現実に介護に要する費用として支出した額を具体的に算定した上で、常時介護を要する者については104,290円、随時介護を要する者については52,150円を上限として、介護に要する費用として支出された額（実費額）を支給する。

ただし、次の①又は②の場合は、常時介護を要する者については56,600円、随時介護を要する者については28,300円の一律定額を支給する。（※支給額は平成25年4月1日現在の額。毎年見直しが行われることに留意すること。）

① 被災労働者がその親族等による介護を受けており、かつ、介護費用を支出していない場合

② 被災労働者がその親族等による介護を受けており、かつ、介護費用を支出して介護を受けたが、当該支出額が常時介護を要する者については56,600円、随時介護を要する者については28,300円を下回る場合

なお、介護（補償）給付の実費額の支給については、支給すべき事由が生じた月から、支給すべき事由が消滅した月までの各月において、介護費用として支出された額を算定する。一方、一律定額の支給については、介護費用の支出なく親族等から介護を受け始めた月については一律定額の給付は行わず、その翌月から一律定額の給付を行うこととし、逆に、介護費用の支出なく親族等から介護を受けることがなくなった月については、1か月分の一律定額の給付を行うものとする。

3 給付の請求

(1) 請求方法

介護（補償）給付の支給を受けようとする者は、所定事項を記載した介護（補償）給付支給請求書（告示様式第16号の2の2）を所轄署長に提出することとなるので、記載内容に誤りがないか確認すること。また、事業主の証明を要する事項等についても併せて確認すること。

なお、介護を要する状態に変更が生じた場合に介護（補償）給付を請求するときも、新

規に同給付を請求するときと同様の手続を行う。

介護（補償）給付の初回の請求は、原則として、障害（補償）年金を受ける権利を有する者については、障害（補償）給付の請求と同時に又はその請求後に、また、傷病（補償）年金を受ける権利を有する者については、当該傷病（補償）年金の支給決定を受けた後に行わせるものとする。

(2) 請求書に添付する書類等

介護（補償）給付請求書に添付する書類は、次のとおりである。

- ① 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況に関する医師又は歯科医師の診断書
- ② 介護に要する費用を支出して介護を受けた日がある場合は、その日数及び支出した費用の額を証する書類

なお、継続して2回目以降の介護（補償）給付を請求する者については、診断書の添付は要しないものとする。

被災労働者が親族等による介護を受けた日がある場合には、当該介護に従事した者の当該介護の事実についての申立て（以下「介護申立て」という。）を、介護（補償）給付請求書の下部にある「介護の事実に関する申立て」欄に記載するものとする。

(3) 診断書料

診断書に要する費用の支給額は4,000円とする。

その請求手続については、傷病（補償）年金の受給者にあつては、診断を行った医師の所属する医療機関が指定病院等である場合には、当該病院等から診療費請求書を用いて、また、指定病院等以外の病院である場合には、傷病（補償）年金の受給者から療養の費用請求書を用いて請求するよう求めること。

また、障害（補償）年金の受給者にあつては、療養の費用請求書を用いて請求するよう求めること。

4 請求書審査上の要点

(1) 受給権の確認

ア 介護（補償）給付を受給する権利の有無については、請求書のOCR入力時に、併合又は準用による障害等級第1級又は第2級、傷病等級第1級第9号又は第2級第6号を除き、障害・傷病等級から要介護障害程度区分を判定できるが、請求書に記載されている年金証書番号に誤りがある場合には正確な判定ができないことから、年金証書番号を確認する必要があること。

この確認は、被災労働者の年金証書番号等に基づき、労災システム（年金・一時金業務）の年金・一時金検索等により行うこと。

障害（補償）給付の請求は行っているが、未だ支給決定がなされていない者から介護（補償）給付の請求がなされた場合は、障害（補償）給付の支給・不支給決定を待って、介護（補償）給付を受給する権利の有無を確認すること。

なお、障害（補償）給付の請求を行っていない者から介護（補償）給付の請求がなされた場合は、これを受け付けた上で、介護（補償）給付の支給事由を説明し、障害（補償）給付の請求を速やかに行うよう指導すること。

イ 介護（補償）給付の支給の対象となる障害に該当するかは、医師又は歯科医師の診断書を参考にして、労災別表第3「要介護障害程度区分表」に掲げる障害の程度に該当するかどうかにより判断することとされており、次のとおり障害・傷病等級の等級号で判断するものである。

(ア) 次の障害を有する者は、常時介護を要する状態にある者と認定する。

- a 障害等級第1級第3号・第4号・第6号・第7号
- b 傷病等級第1級第1号・第2号・第5号・第6号

(イ) 次の障害を有する者は、随時介護を要する状態にある者と認定する。

- a 障害等級第2級第2号の2・第2号の3
- b 傷病等級第2級第1号・第2号

- c 障害・傷病等級第1級（(7)に掲げる障害、併合又は準用による障害等級第1級及び傷病等級第1級第9号を除く。）
- (ク) 併合又は準用による障害等級第1級及び傷病等級第1級第9号に該当する者については、ADL（日常生活動作）基準を使用することにより介護を要する状態を区分するものであるが、原則として随時介護の状態にあるものと判断する。ただし、次の重複障害者等については、常時介護の状態にあるものと判断する。
 - a (7)に掲げる障害と他の障害が重複しているもの
 - b 両眼が失明するとともに、障害・傷病等級第1級又は第2級の各号のうちの障害を有するもの
 - c 両上肢を腕関節以上で失うとともに両下肢をひざ関節以上で失ったもの又は両下肢の用を全廃しているもの
 - d その他これらと同等の介護を要する状態にある者
- (ケ) (ク)のdの「その他これらと同等の介護を要する状態にある者」については、局を通じて本省（補償課）へ照会すること。
- (コ) 併合又は準用による障害等級第2級及び傷病等級第2級第6号に該当する者については、(イ)のa又はbに掲げる障害と他の障害が重複している場合には、随時介護の状態にあるものとする。

(2) 介護費用の算定

- ア 介護（補償）給付の支給対象となる被災労働者が受ける介護の範囲は、身体又は精神の障害のために食事、用便、入浴、衣服の着脱等の生理的基本動作を行うに当たって必要とされる世話とし、これらを主たる世話として受けるに当たって、従たる世話として受ける調理、洗濯、掃除等の家事も含まれるものとする。
- イ 介護を受けるに当たって、通常支出する必要がある費用については介護（補償）給付の支給対象とすることとし、具体的には、被災労働者が介護人に対して介護の対価として支払った賃金、日当、謝金、交通費等の実費を対象とするものとする。
なお、介護費用の支出額については、費用証明書により確認を行う。
- ウ 介護を受けているか否かの確認は、次の場合に応じて、それぞれ規定する書類等により行う。
 - ① 親族等による介護を受けた日がある月…介護申立て
 - ② 介護に要する費用を支出して介護を受けた日があり、かつ、親族等による介護を受けた日がある月…費用証明書及び介護申立て
 - ③ 介護に要する費用を支出して介護を受けた日があり、かつ、親族等による介護を受けた日がない月…費用証明書
- エ 居宅における被災労働者に対する介護（補償）給付の取扱いについては、介護サービスの内容により次のとおり算定するものとする。
 - (ア) 訪問介護、訪問入浴介護又は労災ホームヘルプサービス（以下「訪問介護等」という。）を受けるための費用は、すべて被災労働者の介護に要する費用としてとらえることができることから、介護（補償）給付の実費額の算定対象とする。
なお、訪問介護等を受けた日がある月において、親族等による介護が行われている場合は、一律定額の介護（補償）給付の算定対象とする。ただし、訪問介護等に係る実費額が一律定額を上回る場合には、当該実費額を支給するものとする。
 - (イ) 通所介護又は短期入所生活介護を受けるための費用は、施設・設備整備に係る減価償却費や光熱水費など当該施設において日常生活を営む上で必要となる経費が含まれ、介護に要した費用分を明確に特定できないことから、介護（補償）給付の実費額の算定対象とはしない。
なお、通所介護又は短期入所生活介護を受けた日がある月において、親族等による介護が行われている場合は、一律定額の介護（補償）給付の算定対象とする。
 - (ウ) 上記以外の居宅における介護サービスに要する費用については、当該費用の中に介護に要した費用分が明確に区分して計上されているときには、当該介護に要した費用分を介護（補償）給付の実費額の算定対象とする。
また、当該サービスを受けた日がある月において、親族等による介護が行われてい

る場合は、一律定額の介護（補償）給付の算定対象とする。ただし、当該サービスに係る実費額が一律定額を上回る場合には、当該実費額を支給する。

オ 介護老人福祉施設等に入所している被災労働者に対する介護（補償）給付の取扱いは、次のとおりとする。

(ア) 介護保険法第8条第26項に基づく介護老人福祉施設に入所している被災労働者については、当該施設において十分な介護サービスが提供されることとなっているとともに、当該施設に入所するための費用には、施設・設備整備に係る減価償却費や光熱水費など当該施設において日常生活を営む上で必要となる経費が含まれ、介護費用分が明確に特定できないことから、介護（補償）給付の実費額又は一律定額の算定対象とはしない。

(イ) 障害者支援施設、原子爆弾被爆者特別養護ホームに入所している被災労働者については、当該施設において十分な介護サービスが提供されることとなっているとともに、当該施設の利用料は、施設運営に要する費用項目との対応関係はないものとして徴収されており、介護に要した費用として支出された額としてとらえることはできないことから、実費額の算定対象とはしない。

また、これらの施設に入居中は、親族等には介護を受ける必要がないと考えられることから、一律定額の介護（補償）給付の算定対象とはしないものとする。

(ウ) (ア)及び(イ)以外の施設に入居中の被災労働者については、当該施設に支払う費用の中に介護費用分が明確に区分して計上されているときには、当該介護費用分を介護（補償）給付の実費額の算定対象とする。また、施設内において、外部から看護師・家政婦等の介護人の派遣を受けるなどにより介護費用を支出して介護を受ける場合は、当該介護費用を介護（補償）給付の実費額の算定対象とする。

当該施設に入居中の被災労働者が、親族等による介護を受けている場合は、介護（補償）給付の一律定額の算定対象とするものとする。

なお、介護保険法第8条第19項に基づく認知症対応型共同生活介護及び同条第11項に基づく特定施設入所者生活介護を受けるに当たっての費用については、被災労働者の介護に要する費用としてとらえることができることから、介護（補償）給付の実費額の算定対象とする。また、労災特別介護施設についても、当該施設の入居に係る費用について、介護に要した費用が明確であることから、介護（補償）給付の支給対象とする。

第7 未支給の保険給付

1 給付事由

労災保険法に基づく保険給付を受ける権利を有する者が死亡した場合において、その死亡した者に支給すべき保険給付で、未だその者に支給しなかったものがあるときは、その者の遺族に対し未支給の保険給付を支給する。

未支給の保険給付は、次の場合に支給する。

- ① 支給事由が生じた保険給付で未だ請求されていないものがある場合。
- ② 請求はあったが、未だ支給決定のないものがある場合。
- ③ 支給決定はあったが、未だ支払われていないものがある場合。

2 請求権者及び請求手続

(1) 請求権者

未支給の保険給付の請求権者の範囲は、死亡した受給権者の配偶者・子・父母・孫・祖父母・兄弟姉妹であって受給権者の死亡の当時その者と生計を同じくしていた者である。

なお、未支給の遺族（補償）年金については、死亡した労働者の遺族たる配偶者・子・父母・孫・祖父母及び兄弟姉妹であって次順位の受給権者が、未支給の保険給付の請求権者となる（昭和41.1.31基発73号）。

若年停止中の受給権者に係る未支給の保険給付の請求権の順位は、若年停止中でない上記の遺族（受給権者）の次の順位になる。また、若年停止者が数人いる場合には、夫・父母・祖父母及び兄弟姉妹の順による（40年改正法附則第43条第2項、労災則第10条第1

項)。

(2) 請求権者がいない場合

未支給の保険給付に関する規定（労災保険法第 11 条、労災則第 10 条）は、その限りで相続に関する民法の規定を排除するものであるが、未支給の保険給付の請求権者がいない場合には、本来の死亡した受給権者の相続人がその未支給の保険給付の請求権者となる。

また、未支給の保険給付の請求権者が、その未支給の保険給付の支給を受けないうちに死亡した場合には、その死亡した未支給の保険給付請求権者の相続人が請求権者となる。

(3) 請求手続

未支給の保険給付の支給を請求しようとする者は、所定事項を記載した未支給の保険給付支給請求書（告示様式第 4 号）を署長に提出することとなるので、記載内容に誤りがなしか確認すること。また、添付書類等についても併せて確認すること（労災則第 10 条）。

Vの2 支給・不支給決定及び変更決定の事務処理

第1 支給決定

1 療養の給付に係る支給決定

(1) 支給決定決議

ア 支給決定決議は、療養（補償）給付たる療養の給付請求書（告示様式第5号、第16号の3）下部の「支給・不支給決定決議書」欄を用いて行うこと。

イ 決議を行うに当たっては、該当する調査年月日、復命書番号等の項目を記入し、支給決定の判断根拠となる復命書等の関係資料を必ず添付して行うこと。

(2) 支給決定通知

療養の給付に係る処分の通知は、全部又は一部を支給しないこととする処分に限り行うとされており、現物の給付が全部行われる場合には通知の必要はない（労災則第19条）。

2 療養の費用に係る支給決定

(1) 支給決定決議

ア 療養の費用に係る支給決定決議は、請求書のOCR入力により出力される支給決定決議書を用いて行うこと。

イ 支給すべき金額は、決議書の「支払金額」の欄に誤りなく記入し、金額の頭に「¥」を記入すること。支給すべき金額の記入誤り等により「支払金額」の欄に記入した金額を訂正する場合には、決議書を再出力し、正当な金額を記入し決裁を受けること。

ウ 決議書のうち調査関係項目（調査コード、調査年月日、復命書番号）については、システム上任意入力（記入されていないなくてもエラーとはならない。）となっているが、該当がある場合には「決裁・統計入力欄」に記入すること。

エ 決裁を受けるに当たっては、支給とする判断根拠となる復命書等の関係資料を必ず添付して行うこと。

オ 支給決定決議が行われたときは、決議書の「決裁・統計入力欄」に支給決定年月日等必要事項を記入し、OCR入力を行うこと。

(2) 支給決定通知

療養の費用の支給決定決議を行ったものであって、受任者払いに係るもの及び一部不支給のものについては、決議書のOCR入力により出力される支給決定通知に必要事項を記入の上、請求人あて通知すること。その際、封筒への封入等により個人情報の保護を図るとともに、一部不支給のものについては簡易書留郵便により送付すること。

上記以外の支給決定通知については、支払振込通知とともに、本省（労災保険業務課）から請求人あて一括送付されるものである。

3 休業（補償）給付に係る支給決定

(1) 支給決定決議

ア 休業（補償）給付に係る支給決定決議は、請求書のOCR入力により出力される支給決定決議書を用いて行うこと。

イ 決議書のうち調査関係項目（調査コード、調査年月日、復命書番号）については、システム上任意入力（記入されていないなくてもエラーとはならない。）となっているが、該当がある場合には「決裁・災害統計入力欄」に記入すること。

ウ 決裁を受けるに当たっては、支給とする判断根拠となる復命書等の関係資料を必ず添付して行うこと。

エ 支給決定決議が行われたときは、決議書の「決裁・災害統計入力欄」に支給決定年月日等必要事項を記入し、OCR入力を行うこと。

(2) 支給決定通知

休業（補償）給付の支給決定決議を行ったものであって、受任者払いに係るもの及び一部不支給のものについては、決議書のOCR入力により出力される支給決定通知に必要事

項を記入の上、請求人あて通知すること。その際、封筒への封入等により個人情報の保護を図るとともに、一部不支給のものについては簡易書留郵便により送付すること。

上記以外の支給決定通知については、支払振込通知とともに、本省（労災保険業務課）から請求人あて一括送付されるものであること。

(3) 保険給付記録票

休業（補償）給付の支給決定をした場合には、局・署の実情に応じ、次のような事案等について保険給付記録票（178～180頁参照）を作成し、適宜、給付内容等を記録すること。

なお、休業（補償）給付以外の事案についても、これに準じて取り扱うこと。

- ① 業務上の事由又は通勤による疾病に係る事案
- ② 将来長期間にわたる療養が見込まれる事案
- ③ 費用徴収が行われる事案
- ④ 社会復帰促進等事業（特別支給金を除く）の対象となる事案

4 労災システム（年金・一時金業務）により事務処理を行う給付（以下「年金・一時金給付」という。）に係る支給決定

(1) 支給決定決議

ア 年金・一時金給付に係る支給決定決議は、登録帳票及び年金・一時金入力帳票のOCR入力により出力される支給決定決議書を用いて行うこと。

イ 決議書のうち調査関係項目（調査コード、調査年月日、復命書番号）については、システム上任意入力（記入されていないなくてもエラーとはならない。）となっているが、該当がある場合には「決裁・災害統計入力欄」に記入すること。

ウ 決裁を受けるに当たっては、支給とする判断根拠となる復命書等の関係資料を必ず添付して行うこと。

エ 支給決定決議が行われたときは、決議書の「決裁・災害統計入力欄」に支給決定年月日等必要事項を記入し、OCR入力を行うこと。

(2) 支給決定通知

年金・一時金給付（一時金については、損害賠償との調整等により減額がなされた場合）の支給決定を行ったものについては、決議書のOCR入力により出力される支給決定通知に必要事項を記入の上、請求人あて通知すること。その際、封筒への封入等により個人情報の保護を図ること。

上記以外の支給決定通知については、支払振込通知とともに、本省（労災保険業務課）から請求人あて一括送付されるものであること。

5 介護（補償）給付に係る支給決定

(1) 支給決定決議

介護（補償）給付に係る支給決定決議は、請求書のOCR入力により出力される支給決定決議書を用いて行うこと。

(2) 支給決定通知

介護（補償）給付の支給決定決議を行ったものであって、受任者払いに係るもの及び一部不支給のものについては、決議書のOCR入力により出力される支給決定通知に必要事項を記入の上、請求人あて通知すること。その際、封筒への封入等により個人情報の保護を図るとともに、一部不支給のものについては簡易書留郵便により送付すること。

上記以外の支給決定通知については、支払振込通知とともに、本省（労災保険業務課）から請求人あて一括送付されるものであること。

(3) 請求書の続紙に関する取扱い

1つの請求行為の中で3か月を超える請求に係る2枚以上の請求書が同時に提出された場合には、2枚目以降の請求書は続紙として取り扱うこと。

当該続紙は、単独では請求行為として成り立たないことから、請求人が記名・押印を行

う必要はなく、記載すべき項目は、請求書の「請求対象年月」、「費用を支出して介護を受けた日数」及び「介護に要する費用として支出した費用の額」の欄とこれに対応する「介護を受けた場所等」、「介護に従事した者」及び「介護の事実に関する申立て」の欄であること。

ただし、続紙についてもOCR入力する必要があることから、年金証書番号等の必要項目を記載し、併せて、請求書の左上に総枚数と当該請求書の枚数を朱書き（例えば、3枚の請求書が1つの請求行為として同時に提出された場合は、本票には「3枚中1枚目」と、続紙には「3枚中2枚目」、「3枚中3枚目」とそれぞれ朱書きする。）した上で入力すること。

請求書の入力により、同数の決議書が出力されることとなるが、これら複数枚の決議書についても、1つの請求に係る決議であるため、決裁は請求書の本票に係る1枚目の決議書の決裁欄のみ使用すること。この場合には、2枚目以降の続紙に係る決議書を必ず添付して決裁を受けること。また、請求書と同様に、決議書の左上に総枚数及び当該決議書の枚数を朱書きすること。

決裁後、複数枚の決議書の入力を行う必要があり、(2)により署から支給決定通知書を送付する事案については、同数の支給決定通知書が出力されるが、1つの請求に対する通知であるため、これらを印字されていない1枚の支給決定通知書に手書きの上通知することとし、印字された通知書は、決議書に添付して編綴すること。

手書きの記載項目は、システムにおける出力項目に準じるものとするが、「請求対象年月」の欄は不足することから、「理由等」の欄を使用すること。また、「理由等」の欄に記入できない場合は、別紙を添付することとし、その旨を「理由等」の欄に記入しておくこと。

この事務処理は、支給決定、不支給決定及び変更決定に共通であること。

6 けん制体制の確保

労災保険給付に係る事務処理は公金の支払に関する事務であることから、けん制体制を確保する必要がある。

このため、支給決定決議については、事案担当者以外の者を入力担当者に指定し、当該入力担当者以外の職員には入力させないようにすること。

具体的には、事案担当者は必要な決裁を受けた後、入力担当者へ当該決裁書類を引き継ぎ、入力担当者は決裁を確認の上、決議書を入力すること。

7 文書の保管

保険給付の支給決定に係る支払は、本省（ただし、訪問看護費、当地払、外国送金（年金に係る外国送金を除く。）については局）で行われるものであるが、支給決定事案に係る請求書等は国の支出の証拠書類であるとともに、支払後も行政の事務に必要な書類であることから、原本を署において保管すること。

保管に当たっては、労災主務課において、データ締切日翌日に給付の種類ごとに配信される「支払予定一覧」に、「支払済」のスタンプを押印した支給決定済み請求書及び決議書等を仮綴じし、一括して署長決裁を受けた後、これを1か月ごとに取りまとめ、本省払い分と局払い分を区分して、仕切紙を付して編綴し、証拠書類として保管すること。

第2 不支給決定

1 療養の給付に係る不支給決定

(1) 不支給決定決議

ア 不支給決定決議は、療養の給付請求書の下部の「支給・不支給決定決議書」欄を用いて行うこと。

イ 不支給決定決議は「不支給の理由」欄に理由を記入し、決裁を受けること。

ウ 決裁を受けるに当たっては、不支給とする判断根拠となる復命書等の関係資料を必ず添付して行うこと。

(2) 不支給決定通知

ア 不支給決定を行ったものについては、決議書のOCR入力により出力される不支給決定通知に必要事項を記入の上、封筒に封入し、請求人あて簡易書留郵便にて通知すること。

イ 「不支給・変更理由」欄については、次の事例を参考として、不支給（一部不支給の場合を含む。）の理由を的確かつ具体的に記載すること。

① 当該労働者の負傷については、就業状況等からみて、業務遂行性については認められるが、業務起因性が認められない場合

（理由）

本件負傷は、事業場内で発生した負傷ではありますが、私的行為に起因して発生したものであることから、業務上の事由によるものとは認められません。

② 労働者に発病した認定基準で対象とされる精神障害について、認定基準の対象とされる精神障害の発病前おおむね6か月の間に、客観的に当該精神障害を発病させるおそれのある業務による強い心理的負荷が認められないことから、業務によるものとは認められない場合

（理由）

精神障害の発病前おおむね6か月の間に、客観的に当該精神障害を発病させるおそれのある業務による強い心理的負荷が認められないことから、本件は業務上の事由によるものとは認められません。

（業務以外の原因又は疾病によるものと明らかに認められると判断できる場合に限って、その原因又は疾病名についても触れておくことが望ましい。）

③ 再発と認められない場合

（理由）

本件傷病は、治癒時の状態からみて悪化しているとは認められず、療養によってその症状が改善される見込みがあるとは医学的に認められません。したがって、平成 年 月 日発生した業務上の傷病が再発したものとは認められません。

④ 症状固定後において、なお、保険給付の請求がなされた場合

（理由）

現在までの治療経過・症状経過からみて（平成 年 月 日をもって）症状が安定し、医学上一般に認められた医療を行っても、その医療効果が期待できない状態にあると認められるので、以後の保険給付については不支給とします。

(3) 処分理由の説明

ア 請求人から所轄署長に対して不支給決定等の処分の理由について説明を求められた場合には、法律上の根拠及びその解釈並びに医学的判断理由を説明し、請求人が当該処分理由を理解し得るよう努めること。

イ 脳・心臓疾患事案、精神障害事案、長期未決事案（請求書受付後6か月を経過したものを行い、第三者行為災害事案を除く。）の不支給決定を行った場合には、支給要件の概要、当該不支給決定理由のポイント、審査請求手続き等について、請求人に対しわかりやすい説明を行うこと。

2 療養の費用に係る不支給決定

(1) 不支給決定決議

ア 全部不支給とする場合は、支給決定決議書の「支払金額」の欄には「¥0」と、また、「備考」の欄には全部不支給の理由を記入し、決裁を受けること。

イ 一部不支給とする場合は、支給決定決議書の「支払金額」の欄には支給すべき金額を、「増減額」の欄には一部不支給となる金額を、また、「備考」の欄にはその理由を記入し、決裁を受けること。

なお、「備考」の欄にその理由を記入できない場合は、別紙に記入し、これを添付すること。

ウ 決裁を受けるに当たっては、不支給等とする判断根拠となる復命書等の関係資料を必ず添付して行うこと。

(2) 不支給決定通知

ア 不支給決定を行ったものについては、支給決定決議書のOCR入力により出力される不支給決定通知に必要事項を記入の上、封筒に封入し、請求人あて簡易書留郵便にて通知すること。

イ 「減額及び不支給決定理由」欄については、1の(2)のイの事例を参考として記載すること。一部不支給の場合も同様であること。

3 休業（補償）給付に係る不支給決定

(1) 不支給決定決議

ア 全部不支給とする場合は、支給決定決議書の「支払金額」欄の金額を朱線で抹消し、その上部に「¥0」と記入し決裁を受けること。

イ 支給制限等により一部不支給とする場合は、支給決定決議書により決裁を受けること。

ウ 決裁を受けるに当たっては、不支給とする判断根拠となる復命書等の関係資料を必ず添付して行うこと。

(2) 不支給決定通知

ア 休業（補償）給付の不支給決定を行ったものについては、支給決定決議書のOCR入力により出力される不支給決定通知に必要事項を記入の上、封筒に封入し、請求人あて簡易書留郵便にて通知すること。

イ 「減額及び不支給決定理由」欄については、1の(2)のイの事例を参考として記載すること。一部不支給の場合も同様であること。

(3) 保険給付記録票

休業（補償）給付の不支給決定をしたものについては、局・署の実情に応じ、保険給付記録票（178～180頁参照）を作成し、「決定年月日」欄に不支給年月日を記入し、「決定金額」欄に「不支給」と朱書きすること。また、支給制限をしたものは、「支給制限」欄に該当条文、給付種別、制限率等を記入すること。

なお、休業（補償）給付以外の事案についても、これに準じて取り扱うこと。

4 年金・一時金給付に係る不支給決定

(1) 傷病（補償）年金の不支給決定

ア 休業（補償）給付を受ける労働者から、療養開始後1年6か月を経過した際に提出を求め傷病の状態等に関する届書（告示様式第16号の2）により、当該労働者の傷病に係る障害の状態を確認した結果、傷病（補償）年金の支給要件に該当しないと認められる場合には、登録帳票のOCR入力により出力される支給決定決議書を用いて不支給決定決議を行い、不支給決定通知に必要事項を記載の上、封筒に封入し、請求人あて簡易書留郵便にて通知すること。

イ 決裁を受けるに当たっては、不支給とする判断根拠となる復命書等の関係資料を必ず添付して行うこと。

ウ 療養開始後1年6か月を経過して引き続き休業（補償）給付を受けている労働者について、毎年1月中の日に係る休業（補償）給付の請求書に添えて提出を求め傷病の状態等に関する報告書（告示様式第16号の11）により、当該労働者の傷病による障害の状態を確認した結果、障害の程度が傷病等級に該当しないと認められる者については、傷病（補償）年金の不支給決定決議を要しないこと。

エ 療養開始後1年6か月を経過して引き続き休業（補償）給付を受けている労働者について、傷病による障害の程度が傷病等級に該当するに至ったとして申し出た場合に提出を求め傷病の状態等に関する届書（告示様式第16号の2）により、当該労働者の傷病による障害の状態を確認した結果、障害の程度が傷病等級に該当しないと認められる場合には、アの場合に準じて傷病（補償）年金の不支給決定決議及び不支給決定通知を行うこと。

(2) その他の年金・一時金給付に係る不支給決定

ア 不支給決定決議

(ア) 不支給決定決議は、登録帳票のOCR入力により出力される支給決定決議書を用いて行うこと。

(イ) 決裁を受けるに当たっては、不支給とする判断根拠となる復命書等の関係資料を必ず添付して行うこと。

イ 不支給決定通知

(ア) 不支給決定を行ったものについては、支給決定決議書のOCR入力により出力される不支給決定通知に必要事項を記入の上、封筒に封入し、請求人あて簡易書留郵便にて通知すること。

(イ) 「不支給・不変更理由」欄については、1の(2)のイの事例を参考として記載すること。一部不支給の場合も同様であること。

5 介護（補償）給付に係る不支給決定

(1) 不支給決定決議

ア 不支給とする場合は、決議書の処理区分欄に不支給コードを記入するとともに、不支給とする年月の「支払金額」欄の金額を朱線で抹消し、その上部に「¥0」と記入すること。併せて「総支払金額」欄の金額についても朱線で抹消し、その上部に該当する金額を記入し、決裁を受けること。

イ 決裁を受けるに当たっては、不支給とする判断根拠となる復命書等の関係資料を必ず添付すること。

(2) 不支給決定通知

ア 不支給決定を行ったものについては、支給決定決議書のOCR入力により出力される不支給決定通知に必要事項を記入の上、封筒に封入し、請求人あて簡易書留郵便にて通知すること。

イ 「減額及び不支給決定理由」欄については、1の(2)のイの事例を参考として記載すること。一部不支給の場合も同様であること。

6 文書の保管

不支給決定を行った請求書等については、年度別に編綴し、保管すること。

第3 変更決定

1 追加支給を要する場合

支給決定・支払済又は不支給決定済の保険給付について、事後調査又は審査請求等の結果、追加支給又は新たに支給する場合の事務は、次のとおりであること。

(1) 療養の給付に係る変更決定

ア 変更決定の決議

療養（補償）給付たる療養の給付変更決定決議書を用いて不支給決定を取り消し、支給決定の決議を行うこと。

変更決定決議書の「備考」欄には変更の理由を記入し、決裁を受けること。

決裁の際には、変更する判断根拠となる復命書等の関係資料を添付するとともに、変更前の請求書を提示すること。

イ 変更決定の通知

変更決定を行ったものについては、変更決定決議書のOCR入力により出力される変更決定通知に、変更決定の理由等の必要事項を記入の上、封筒に封入し、請求人あて通知すること。

(2) 療養の費用に係る変更決定

ア 変更決定の決議

被災者基本情報登録・修正帳票等のOCR入力により出力される支給決定取消・支給決

定決議書を用いて支給決定の変更、不支給決定の取消しの決議を行うこと。

変更決定すべきものが複数ある場合には、決議書に変更決定の内訳を添付し、支給決定の変更、不支給決定の取消しの決議を行うこと。

決裁の際には、変更とする判断根拠となる復命書等の関係資料を添付するとともに、取消し又は変更前の請求書を提示すること。

イ 変更決定の通知

決議書（2部複写）の2枚目の変更決定通知書に、変更決定の理由等の必要事項を記入の上、封筒に封入し、請求人あて通知すること。

変更決定すべきものが複数ある場合は、決議書と同時に変更決定の内訳が出力されるので、変更決定の内訳の2枚目裏面の変更決定通知書に、変更決定の理由等の必要事項を記入の上、封筒に封入し、請求人あて通知すること。この場合、決議書の2枚目の変更決定通知書は送付しないこと。

なお、追給決議したものをOCR入力することにより療養の費用支給決定通知書が出力されるので、これを同封すること。

(3) 休業（補償）給付に係る変更決定

ア 変更決定の決議

被災者基本情報登録・修正帳票等のOCR入力により出力される支給決定取消・支給決定決議書を用いて支給決定の変更、不支給決定の取消しの決議を行うこと。

決裁の際には、変更とする判断根拠となる復命書等の関係資料を添付するとともに、取消し又は変更前の請求書を提示すること。

イ 変更決定の通知

決議書と同時に出力される変更決定の内訳の2枚目の変更決定通知書に、変更決定の理由等の必要事項を記入の上、封筒に封入し、請求人あて通知すること。

なお、追給決議したものをOCR入力することにより休業（補償）給付支給決定通知書が出力されるので、これを同封すること。

(4) 年金・一時金に係る変更決定

ア 一時金に係る変更決定

(ア) 変更決定の決議

訂正帳票のOCR入力により出力される支給決定取消・支給決定決議書を用いて支給決定の変更、不支給決定の取消しの決議を行うこと。

なお、決裁の際には、変更とする判断根拠となる復命書等の関係資料を添付するとともに、取消し又は変更前の請求書を提示すること。

(イ) 変更決定の通知

訂正帳票の入力により決議書と同時に出力される変更決定通知書に、変更決定の理由等の必要事項を記入の上、封筒に封入し、請求人あて通知すること。

イ 年金に係る変更決定

給付基礎日額等の訂正に伴う年金の変更決定については、アと同様に行うこと。

障害の程度の変更や受給権者以外の受給資格者の死亡等により年金給付の内容に変更を生じた場合の年金の変更決定については、Vの3により行うこと。

(5) 介護（補償）給付に係る変更決定

ア 変更決定の決議

介護（補償）給付基本情報・請求情報修正帳票のOCR入力により出力される介護（補償）給付支給決定取消・支給決定決議書を用いて支給決定の変更、不支給決定の取消しの決議を行うこと。

なお、決裁の際には、変更の判断根拠となる復命書等の関係資料を添付するとともに、取消し又は変更前の請求書及び決議書を提示すること。

イ 変更決定の通知

決議書のOCR入力により出力される変更決定通知書に、「変更決定の理由」等の必要事項を記入の上、封筒に封入し、請求人あて通知すること。

なお、3か月を超える変更決議については、支給決定の場合と同様に第1の5の(3)により取り扱うこと。

(6) 追加支給の留意事項

ア 追加支給するに当たっては、その算定の基礎となる証明資料を提出させること。例えば、平均賃金の算定内訳について事業主が証明を誤ったため変更を要する場合には、適正な証明資料を提出させること。

イ 休業期間の証明誤りによる場合は、証明を行わなかった期間に係る休業（補償）給付は未請求となるので、請求書の提出が必要であり、変更決定によらず、通常の手続き決定決議を行うこと。

2 回収を要する場合

既に支払った保険給付について、その一部又は全部の過誤払又は不正受給を発見したときは、返納を求めることになるので、保険給付の取消決定の事務処理に当たっては、変更決定事務に準じ、次の要領により行うこと。

なお、この過誤払金等に係る債権管理の事務は、「労災保険業務機械処理事務手引」により行うこと。

(1) 療養の給付に係る取消決定

ア 取消決定の決議

療養（補償）給付たる療養の給付変更決定決議書を用いて処理区分を不支給に変更する決議を行うこと。

変更決定決議書の「備考」欄には取消しの理由を記入し、決裁を受けること。

決裁の際には、取消しする判断根拠となる復命書等の関係資料を添付するとともに、取消前の請求書を提示すること。

イ 取消決定の通知

取消決定を行ったものについては、変更決定決議書のOCR入力により出力される変更決定通知に、変更決定の理由等の必要事項を記入の上、封筒に封入し、受給者あて通知すること。

(2) 療養の費用に係る取消決定

ア 取消決定の決議

被災者基本情報登録・修正帳票等のOCR入力により出力される支給決定取消・支給決定決議書を用いて決議を行うこと。

取消決定すべきものが複数ある場合には、決議書に変更決定の内訳を添付し、決議を行うこと。

決裁の際には、取消しする判断根拠となる復命書等の関係資料を添付するとともに、取消し前の請求書を提示すること。

イ 取消決定の通知

決議書の2枚目の変更決定通知書に、変更決定の理由等の必要事項を記入の上、封筒に封入し、請求人あて通知すること。

ただし、取消決定すべきものが複数ある場合には、決議書と同時に変更決定の内訳が出力されるので、変更決定の内訳の2枚目裏面の変更決定通知書に、変更決定の理由等の必要事項を記入の上、封筒に封入し、請求人あて通知すること。この場合、決議書の2枚目の変更決定通知書は送付しないこと。

(3) 休業（補償）給付に係る取消決定

ア 取消決定の決議

被災者基本情報登録・修正帳票等のOCR入力により出力される支給決定取消・支給決定決議書を用いて決議を行うこと。

決裁の際には、取消しとする判断根拠となる復命書等の関係資料を添付するとともに、取消し前の請求書を提示すること。

イ 取消決定の通知

決議書と同時に出力される変更決定の内訳の2枚目の変更決定通知書に、変更決定の理由等の必要事項を記入の上、封筒に封入し、請求人あて通知すること。

(4) 年金・一時金に係る取消決定

ア 取消決定の決議

訂正帳票のOCR入力により出力される支給決定取消・支給決定決議書を用いて決議を行うこと。

決裁の際には、取消しとする判断根拠となる復命書等の関係資料を添付するとともに、取消し前の請求書を提示すること。

イ 取消決定の通知

決議書と同時に出力される変更決定通知書に、変更決定の理由等の必要事項を記入の上、封筒に封入し、請求人あて通知すること。

(5) 介護（補償）給付に係る取消決定

ア 取消決定の決議

介護（補償）給付基本情報・基本情報修正帳票のOCR入力により出力される介護（補償）給付支給決定取消・支給決定決議書を用いて決議を行うこと。

決裁の際には、取消しとする判断根拠となる復命書等の関係資料を添付するとともに、取消し前の請求書を提示すること。

イ 取消決定の通知

決議書のOCR入力により出力される変更決定通知書に、変更決定の理由等の必要事項を記入の上、請求人あて通知すること。

取消しの対象となる期間が3か月を超える場合の取消決議については、支給決定の場合と同様に、第1の5の(3)により取り扱うこと。

なお、同一請求において、各月ごとに追給又は回収が発生したが、請求全体では追給又は回収が生じない場合についても、請求人あて通知書は送付すること。この場合、債権管理簿の記載は不要であること。

(6) 債権確認決議等に係る注意事項

過誤払により回収を行う場合と不正受給により回収を行う場合とでは、債権の種類等の取扱いが異なり、過誤払については債権確認年度中は本省管理債権、次年度以降は局管理債権となるが、不正受給については債権確認年度から局管理債権となる。

局管理債権について債権確認決議を行うに当たっては、「債権管理事務取扱手引」によりその取扱いを確認すること。

(7) 時効及び延滞金

過誤払であるか不正受給であるかの債権発生原因に応じて、時効及び延滞金の取扱いが個別に定められていることから、「債権管理事務取扱手引」により確認すること。

Vの3 年金給付に係る事務処理

第1 年金給付の事務処理概要

1 年金給付の種類

年金給付には、次の6種類がある。

- ① 傷病補償年金
- ② 傷病年金
- ③ 障害補償年金
- ④ 障害年金
- ⑤ 遺族補償年金
- ⑥ 遺族年金

2 年金給付に係る共通的事務処理

(1) 厚生年金保険等との調整

ア 調整するのは、労災保険の年金と厚生年金保険等の年金との関係に限られ、年金と一時金との関係では調整は行われない。

イ 労災保険の年金額が調整されるのは、厚生年金保険等の年金が次の①の要件及び②又は③の要件を備えた場合である。

- ① 同一の事由により支給されるもの
- ② 実際に支給されるもの
- ③ 厚生年金保険等の被保険者期間、災害の内容からみて厚生年金等が支給されるものと認められるもの（昭和61.3.29基発第179号）

ウ 調整による減額は、次のとおり行われる。

(ア) 労災保険年金の年額に厚生年金保険等の種別に定められた調整率（IVの第3の4の(2)参照。）を乗じて算定する。

(イ) 昭和51年改正法附則第7条第1項適用者（経過措置）のうち、昭和52年3月31日以前より調整されていたもので、(ア)で算定した年金額（新支給額）が、昭和52年3月分の年金額（旧支給額）よりも低額となるときは、新支給額がスライドにより旧支給額に達するまでの間、旧支給額に相当する額を支給する。

(ロ) 調整限度額適用者で、調整後の支給額が調整前の年額から厚生年金保険等の年額を減じた残りの額を下回る場合は、その調整前の年額から厚生年金保険等の年額を減じた残りの額を支給する。

エ 調整に関する事務処理は、つぎのとおりとする。

(ア) 年金の請求書（傷病（補償）年金については、傷病の状態等に関する届（告示様式第16号の2））の「厚生年金保険等の受給関係」欄に記載がある場合、裁定通知又は年金証書等により給付の内容を確認し、ウに準じて算定された年額で決議すること。

(イ) 「厚生年金保険等の受給関係」欄に記載がない場合で、厚生年金保険等の被保険者期間及び災害の内容からみて、同一の事由で厚生年金保険等の年金が支給されると認められるものについては、保険給付の裁定・保険給付の額の改定についての照会（年金照会様式第2号及び第3号）により、被災労働者の事業場を管轄する年金事務所（国民年金については、被保険者の住所地の市町村等）に対し、調整の対象となる厚生年金保険等の年額、年金証書番号、支給開始年月日等について照会し、(ア)に準じて事務処理を行うこと。

なお、この照会事務の処理経過は、年金ファイルに編綴し、明らかにしておくこと。

(ロ) 労災年金支給決定時において、受給権者及び被災労働者の厚生年金保険等への加入状況及び厚生年金保険等の受給状況について請求書等に記載がない場合、厚生年金保険等の裁定を請求しているが、日本年金機構から裁定を受けていない者など、今後、厚生年金保険等を受給し併給調整の対象となる可能性のある者（以下「未調整者」という。）については、毎月、本省（労災保険業務課）から署へ配信し出力される「厚年等未調整・厚年等年額未登記リスト」を活用し、厚生年金保険等の受給関係の把握に努めること。

(ハ) 調整の対象となる厚生年金保険等の受給関係に、労災則第21条の2第1項第2号か

ら第4号に掲げる事由が生じた場合は、受給権者から、厚生年金保険等の受給関係変更届（告示様式第20号）に日本年金機構から受給権者あて送付された年金額の改定通知書（写）等変更の事実を証明することのできる書類等を添えて提出を求め、年金変更・不変更決定決議書を用いて変更決定を行うこと。

なお、受給権者から変更届の提出がない場合でも、労災保険の年金額に変動を生ずる場合には、年金変更・不変更決定決議書を用いて職権による変更決定を行うこと。

(オ) 定期報告書で厚生年金保険等の受給関係を報告させることとするが、厚生年金保険等の受給関係変更届（告示様式第20号）を含め厚生年金保険等の年額の変更等を把握したときは、年金変更・不変更決定決議書により変更決定決議を行うこと。

(2) スライド制

ア 年金給付のスライドについては、算定事由発生日の属する年度の翌々年度以後は、その年度の8月から翌年度の7月までの各月分の年金給付に関し、年金給付基礎日額に、算定事由発生日の属する年度の平均給与額とその前年度の平均給与額との比率を基準として厚生労働大臣が定める率（以下「スライド率」という。）を乗じて得た額を、当該年金給付の額とする。

イ スライド率は、支払対象月の属する年度の前年度（4月から7月までの月分については、前々年度）の平均給与額を算定事由発生日の属する年度の平均給与額で除して得た率を基準として厚生労働大臣が定める。

ウ 平均給与額は、原則として毎月勤労統計の労働者1人当たりの毎月きまって支給する給与額の4月分から翌年3月分までの各月分の合計額による。

エ スライド率の改定に伴う年金額の改定処理は、本省（労災保険業務課）において行い、その結果は、新スライド率の適用者に係る「年金額等変更リスト」として署に配信される。

スライドによる変更決定決議は、この「年金額等変更リスト」を決議資料とし、一枚の決議書で総括決議を行うこと。

(3) 年齢階層別の最低限度額及び最高限度額

年金給付基礎日額については、一般的労働者の年齢階層別の賃金構造の実態等に基づき、年齢階層別の最低限度額及び最高限度額が定められている。

ア 年齢の計算については、傷病（補償）年金及び障害（補償）年金にあつては、当該年金給付を受けるべき被災労働者の8月1日における年齢をもって、同日から1年間の年齢とし、遺族（補償）年金にあつては、当該年金給付の受給権者（遺族）の年齢ではなく、死亡した被災労働者が生存していると仮定したときの8月1日における年齢をもって、同日から1年間の年齢とする。

イ 年金給付基礎日額の算定は、労災保険法第8条の3第1項の年金給付基礎日額（スライド制を適用すべき場合は年金スライド率を乗じて得た額。以下この項において「第1項の年金給付基礎日額」という。）と、被災労働者の年齢の属する年齢階層の最低限度額及び最高限度額とを大小比較して次のとおり行う。

最低限度額 ≤ 第1項の年金給付基礎日額 ≤ 最高限度額 のとき … 第1項の年金給付基礎日額
最低限度額 > 第1項の年金給付基礎日額 のとき … 最低限度額
最高限度額 < 第1項の年金給付基礎日額 のとき … 最高限度額

ウ 昭和62年1月31日において年金給付を受ける権利を有していた者であつて、同一の業務上の事由又は通勤による障害又は死亡に関し、同年2月1日以後においても年金給付を受ける権利を有する者（以下「経過措置対象者」という。）については、同日以後において受ける権利を有する年金額の算定に当たっては、同年1月31日における労災保険法第8条の給付基礎日額（同日においてスライド制を適用すべき場合には、同日におけるスライド率を乗じて得た額。以下「施行前給付基礎日額」という。）が、被災労働者の年齢に属する年齢階層の最高限度額を超える場合であっても、施行前給付基礎日額を年金給付基礎日額とする。

エ ウの昭和62年1月31日において受ける権利を有していた年金給付が遺族（補償）年金

である場合は、同年2月1日以後に転給により受給権者となった遺族（補償）年金の受給資格者は、同年1月31日において当該遺族（補償）年金を受ける権利を有していたものとみなされ、ウの経過措置が適用される。

(4) 年金の支給（変更）又は不支給（不変更）決定の通知

年金給付の支給（変更）又は不支給（不変更）の決定を行ったときは、年金・一時金支給決定通知書、年金変更決定通知書又は不支給（不変更）決定通知書を用いて、遅滞なく受給権者であった者等に通知すること。

(5) 年金証書の取扱い

ア 年金証書の交付及び返納

年金の支給決定決議書のOCR入力により出力される年金証書は、速やかに受給権者に交付すること。

証書を紛失又は毀損したため受給権者から再交付申請書（年金申請様式第3号）が提出された場合には、所要の処理により年金証書を再交付することとし、これらの処理経過を年金証書交付処理簿（年金記録様式第8号）に記載すること。

治ゆまたは死亡等によって受給権が消滅した場合には、受給権者又はその遺族から年金証書を返納させ、当該証書の表紙に斜線を朱書きし、返納年月日を記載して廃棄すること。

イ 提出物等の返却

年金給付の決定に関し、受給権者等が提出した書類又はエックス線フィルム等の資料のうち、返還を要するものについては用済後遅滞なくこれを返却すること。

(6) 年金の支払事務

年金の支払については、署でOCR入力された登録帳票、年金入力帳票及び決議書により、本省（労災保険業務課）で一括集中管理して、電算機処理を行い年金の支払額を計算し、直接受給権者あてに支払を行うが、その概要は次のとおりである。

なお、帳票等の作成に当たっては、「労災保険業務機械処理事務手引（年金・一時金業務編）」を参照すること。

ア 支払期月と支払日

本省（労災保険業務課）で支払う年金の支払期月及び支払日は次表のとおりである。

支払期月	支払日	支払対象月
2月支払期	2月15日	前年の12月と当年の1月の2か月分
4月支払期	4月15日	当年の2月、3月の2か月分
6月支払期	6月15日	当年の4月、5月の2か月分
8月支払期	8月15日	当年の6月、7月の2か月分
10月支払期	10月15日	当年の8月、9月の2か月分
12月支払期	12月15日	当年の10月、11月の2か月分

(注) 支払日が日曜日、土曜日又は国民の祝日に関する法律に規定する休日（以下「日曜日等」という。）に当たる場合には、その直前の日曜日等でない日が支払日となる。

イ 支払機関と支払方法

(7) 支払機関

年金の支払機関としては、金融機関（支出官事務規程第11条第3項により、日本銀行が指定した銀行その他の金融機関をいう。）とゆうちょ銀行があり、このどちらを受けとり窓口とするかは、受給権者が選択する。

(イ) 支払方法

本省（労災保険業務課）は、年金の支払に当たり支払機関が金融機関の場合は、毎

支払日に日本銀行本店に対し、官庁会計システムを使用して資金交付を行うとともに、受給権者の指定した預金口座への振込み依頼を行い、受給権者に対しては、支払開始日までに振込通知書を送付し支払を行う。

また、支払機関がゆうちょ銀行の場合は、毎支払日（その日が日曜日等の休業日に当たる場合は、その直前の営業日）にゆうちょ銀行に対し、官庁会計システムを使用して資金を交付するとともに、受給権者に対しては、支払開始日までに振込通知書を送付し支払を行う。

なお、郵便局の窓口での現金払い（送金払）の方法もある。

(ウ) 支払通知

年金の支払に関する通知は、毎年10月に当年8月から翌年7月分を一括して行っている。

(7) 受給権者の死亡に伴う事務

受給権者が死亡した場合は、当該受給権者の遺族から提出された年金等受給権者死亡届（年金申請様式第6号）又は職権に基づき、年金変更・不変更決定決議書を用いて受給権消滅確認決議を行うこと。

第2 年金給付の支給決定

1 傷病（補償）年金

(1) 給付事由

傷病（補償）年金は、業務上の事由又は通勤により負傷し、又は疾病にかかった労働者が療養の開始後1年6か月を経過した日又は同日後において、次の要件に該当する場合に、その要件に該当するに至った月の翌月からその要件に該当する状態が継続している間、支給される（労災保険法第12条の8第3項及び第23条第1項）。

① その負傷又は疾病が治っていないこと。

② その負傷又は疾病による障害の程度が厚生労働省令で定める傷病等級（第1級～第3級）に該当すること。

なお、療養開始後1年6か月を経過した日とは、療養の開始の日の属する月の翌月から起算して18か月目の月において当該療養の開始の日に相当する日をいう。

例えば、平成24年3月5日に療養を開始した場合には、平成24年3月の翌月から起算して18か月目の月である平成25年9月5日が療養開始後1年6か月を経過した日となる。

(2) 傷病等級の内容及び認定基準

傷病（補償）年金制度の公正、的確な実施を図るため、障害等級との均衡を考慮して傷病等級表（労災則別表第2）が定められているが、その具体的な内容及び傷病等級の認定基準については、昭和52年3月30日付け基発第192号「労働者災害補償保険法の一部を改正する法律の施行（第4次分）について」を参照すること。

(3) 傷病等級の認定手続等

ア 長期療養者の把握

じん肺患者であって、じん肺法第4条第2項に規定するじん肺管理区分が管理4に該当する者及び合併症にかかっていると認められる者、せき髄損傷患者又はその他の傷病により長期の療養を要すると見込まれる患者については、本省（労災保険業務課）から署に配信される適正給付管理名簿により、①療養開始後満1年を経過する者、②そのうち療養開始後1年6か月を経過すると予測される者、③傷病（補償）年金に移行すると予測される者を把握すること。

イ 傷病の状態等に関する届出

休業（補償）給付の支給を受ける労働者のうち、療養開始後1年6か月を経過している労働者に対しては、「傷病の状態等に関する届書の提出について」（年金通知様式第1号）、「傷病の状態等に関する届」（告示様式第16号の2）及び傷病の種類別（じん肺・せき髄損傷・その他）の診断書（年金通知様式第2号の1、第3号、第4号）を送付して、

療養開始後 1 年 6 か月を経過した月から 1 か月以内に、傷病の状態等に関する届出を求めること。

その上で、提出された診断書等により障害の程度を認定し、傷病（補償）年金を支給するか、引き続き休業（補償）給付を行うかを決定すること（労災則第 18 条の 2 又は第 18 条の 13）。

この場合、傷病（補償）年金を支給せず引き続き休業（補償）給付を行うこととするときは、Vの2の第2の4の(1)のアにより傷病（補償）年金の不支給決定決議及び不支給決定通知を行う必要があること。

ウ 実地調査又は受診命令

傷病の状態等の届書の提出がない場合はもとより、届書が提出されてもその記載内容が不明確で、これのみでは給付の決定ができない場合には、直ちに実地調査を行うとともに、必要と認めるときは、労災保険法第 47 条の 2 の規定に基づき、専門医による再診断を命ずること。

なお、受診命令に当たっては、あらかじめ医療機関と連絡し、受診予定日等を打合せの上、医療機関に対しては、診断依頼書、障害等級認定関係費用請求書及び診断書を、労働者に対しては受診命令書（年金通知様式第 5 号）を送付すること。

エ 地方じん肺診査医の意見の聴取

傷病補償年金への移行予定者がじん肺患者である場合には、症状固定の見通し並びに今後必要とする療養の内容及び期間等について、地方じん肺診査医の意見を徴すること。ただし、当該労働者から提出された診断書又はウによって送付を受けた診断書が、じん肺診査医の作成にかかるものであるときはこの限りでない。

オ 傷病の状態等に関する報告書の届出

イにより引き続き休業（補償）給付を支給されることとなった労働者からは、毎年 1 月 1 日から同月末日までのいずれかの日の分を含む休業（補償）給付請求書の提出の際に、請求書に添えて「傷病の状態等に関する報告書」（告示様式第 16 号の 11）の提出を求めること（労災則第 19 条の 2）。

また、提出された報告書の内容から、当該労働者が傷病等級に該当するに至っていると認められるときは、ただちに傷病（補償）年金の支給の決定を行うこと。この場合、「傷病の状態等に関する届」（告示様式第 16 号の 2）の提出を求め、受給権者が年金の払渡を受けることを希望する金融機関又は郵便局、厚生年金保険等を受給している場合にはその受給関係等を把握すること。

また、当該報告書の提出がない場合又はその内容が不十分な場合には督促等を行い、それにもかかわらず提出がない場合等は、ウに準じて取り扱うこと。

カ 傷病の状態等に関する届の随時提出

(ア) オの報告書の提出を待つまでもなく、当該労働者が傷病等級に該当することが推定できるに至った場合には、所轄署長は、適宜「傷病の状態等に関する届」（告示様式第 16 号の 2）の提出を求めるとともに、イに準じて傷病（補償）年金の支給決定の要否を判断すること（労災則第 18 条の 2 又は第 18 条の 13）。

(イ) 休業（補償）給付の受給者が傷病等級に該当するに至ったとして申し出た場合には、(ア)に準じて取り扱うこと。

この場合、傷病（補償）年金を支給せず引き続き休業（補償）給付を行うこととするときは、Vの2の第2の4の(1)のエにより傷病（補償）年金の不支給決定決議及び不支給決定通知を行う必要があること。

キ 傷病等級に該当する場合

上記の手続を経て、被災労働者が傷病等級に該当するに至っていることが確認できた場合には、その者が傷病等級に該当するに至ったときに遡及して傷病（補償）年金の支給決定を行うこと。この場合において、休業（補償）給付に回収を要するものについては、傷病（補償）年金の内払処理を行うこと。

(4) 支給・不支給決定

傷病（補償）年金の支給決定はVの2の第1の4により、不支給決定はVの2の第2の4の(1)により行うこと。

また、支給額は次のとおりである。

傷病等級	支給額
第 1 級	給付基礎日額の 313 日分
第 2 級	給付基礎日額の 277 日分
第 3 級	給付基礎日額の 245 日分

なお、給付基礎日額を算出（円未満の端数切上げ）した後、支払額を計算するに当たっては、厚生年金等との併給調整等の計算の段階毎に発生した円未満の端数をすべて切捨てた上で、年額の端数は 50 円未満を切捨て、50 円以上 100 円未満を 100 円に切上げる。障害（補償）年金、遺族（補償）年金についても同様である。

(5) 障害の程度の不変更

傷病（補償）年金の受給権者について、負傷又は疾病が治った場合又は負傷又は疾病による障害の程度に変更があった場合には、傷病（補償）年金受給者傷病の状態の変更に関する届・治ゆ届（年金申請様式第 4 号）の提出を求めること（労災則第 21 条の 2 第 1 項第 7 号）。

この届により当該受給権者の傷病による障害の状態を確認した結果、障害の程度が他の傷病等級に該当しないと認められる場合には、年金変更・不変更決定決議書を用いて傷病（補償）年金の不変更決議を行い、年金不変更決定通知を当該受給権者あてに送付すること（Vの2の第2の4の(1)参照）。

(6) 障害の程度の変更

年金の定期報告書又は受給権者から提出された障害の状態の変更に関する届（年金申請様式第 4 号）により、その受給者の障害の程度が他の傷病等級に該当するに至っていると認められる場合には、年金変更・不変更決定決議書により、医師により傷病等級の変更が確認された日を変更事由発生日として、年金額の変更決議を行うこと。

また、傷病の治ゆ等により傷病等級に該当しなくなったと認められる場合には、当該労働者から提出された治ゆ届（年金申請様式第 4 号）又は職権に基づき年金変更・不変更決定決議書を用いて受給権の消滅確認決議を行うこと。

(7) 不服申立て

傷病（補償）年金の支給・不支給決定又は変更・不変更決定に関しても、労災保険法第 38 条の規定による不服申立てをすることができるものであること。

2 障害（補償）年金

(1) 給付事由

障害（補償）年金は、業務上の事由又は通勤により負傷し、又は疾病にかかった労働者が、次の要件に該当する場合に、その要件に該当するに至った月の翌月からその要件に該当する状態が継続している月までの間支給される。

- ① その負傷又は疾病が治り、身体の一部に一定の障害が残っていること。
- ② ①の障害の程度が、労災則別表第 1 で定める障害等級の第 1 級から第 7 級までに該当すること。

(2) 支給・不支給決定

障害（補償）年金の支給決定はVの2の第1の4により、不支給決定はVの2の第2の4の(2)により行うこと。

支給事由発生の日は治ゆの日とすること。この場合において、騒音性難聴は、騒音作業に引き続き従事しなくなった日以降は増悪しないものとされており、また、治療の効果も認められていないことから、騒音作業を離脱した日をもって治ゆ日とすること。再発により再び

障害(補償)年金を受けることとなった場合は、支給事由発生の日は再治ゆの日とすること。
また、支給額は次のとおりである。

障害等級	支給額
第 1 級	給付基礎日額の 3 1 3 日分
第 2 級	給付基礎日額の 2 7 7 日分
第 3 級	給付基礎日額の 2 4 5 日分
第 4 級	給付基礎日額の 2 1 3 日分
第 5 級	給付基礎日額の 1 8 4 日分
第 6 級	給付基礎日額の 1 5 6 日分
第 7 級	給付基礎日額の 1 3 1 日分

ただし、加重障害又は再発再治ゆの場合の支給額の算定方法は、次のとおりである。
(加重障害)

- ① 既にあった障害(以下「既存障害」という。)の程度が障害(補償)年金(昭和35年改正法による第1種障害補償費または第1種障害給付を含む。以下同じ。)に該当する場合

給付基礎日額×(現障害の等級別給付日数-既存障害の等級別給付日数)

- ② 既存障害の程度が障害(補償)一時金に該当する場合

給付基礎日額×(現障害の等級別給付日数-既存障害の等級別給付日数×1/25)

(再発再治ゆ)

- ③ 再発前の障害の程度が障害(補償)年金に該当する場合

給付基礎日額×現障害の等級別給付日数(参考法別表第一)

- ④ 再発前の障害の程度が障害(補償)一時金に該当する場合

給付基礎日額×(現障害の等級別給付日数-再発前の等級別給付日数×1/25)

(3) 支給制限の解除又は制限率の変更

支給制限を行っている障害(補償)年金について、制限の期間が、療養の開始の日(療養を伴わない障害については、平均賃金の算定事由発生日)から満3年を経過した場合は、支給制限は機械上自動的に解除される。

ただし、特別加入者の保険料滞納による支給制限については、当該保険料の全部又は一部が納付された場合であっても、支給制限は自動的に解除されないことから、訂正帳票を用いて滞納制限率の訂正又は完納年月のOCR入力(3年訂正処理)を行うとともに、保険料納付の日付をもって、年金変更・不変更決定決議書を用いて支給制限の解除又は制限率の変更による年金額の変更決定決議を行うこと。

なお、支給制限については、Ⅷの第3を参照すること。

[参考] 障害（補償）年金早見表

加重後の年金障害等級に対応する給付日数－既存の一時金（年金以外）の障害等級に対応する給付日数 × $\frac{1}{25}$ (A)																			
加重後の年金の障害等級に対応する給付日数－既存の年金の障害等級に対応する給付日数 (B)																			
法別表 第一	障害等級に対応する給付日数							(A) コード③⑤	加重後の年金の障害等級										
	1級	2級	3級	4級	5級	6級	7級		1級	2級	3級	4級	5級	6級	7級				
	313	277	245	213	184	156	131												
既存の年金の 障害等級	加重後の年金の障害等級							既存の一時金（年金以外）の 障害等級											
	コード①⑤	1級	2級	3級	4級	5級	6級		1級	2級	3級	4級	5級	6級	7級				
2級	36						1級												
3級	68	32					2級		265.40										
4級	100	64	32				3級		271.00	235.00									
5級	129	93	61	29			4級		276.20	240.20	208.20								
6級	157	121	89	57	28		5級		281.40	245.40	213.40	181.40							
7級	182	146	114	82	53	25	6級		286.20	250.20	218.20	186.20	157.20						
							7級		290.60	254.60	222.60	190.60	161.60	133.60					
							8級		292.88	256.88	224.88	192.88	163.88	135.88	110.88				
							9級		297.36	261.36	229.36	197.36	168.36	140.36	115.36				
							10級		300.92	264.92	232.92	200.92	171.92	143.92	118.92				
							11級		304.08	268.08	236.08	204.08	175.08	147.08	122.08				
							12級		306.76	270.76	238.76	206.76	177.76	149.76	124.76				
							13級	308.96	272.96	240.96	208.96	179.96	151.96	126.96					
							14級	310.76	274.76	242.76	210.76	181.76	153.76	128.76					

注) 既存障害の区分コード

区 分	コード
業 務 上 年 金	1
業 務 上 一 時 金	3
業 務 外	5

※業務上年金及び業務上一時金は通災も含まれる。

(C)	再発再治ゆ後の年金の障害等級							
	1級	2級	3級	4級	5級	6級	7級	
再発前の一時金（年金以外）の 障害等級	1級	259.40	223.40	191.40	159.40	130.40	102.40	77.40
	2級	265.40	229.40	197.40	165.40	136.40	108.40	83.40
	3級	271.00	235.00	203.00	171.00	142.00	114.00	89.00
	4級	276.20	240.20	208.20	176.20	147.20	119.20	94.20
	5級	281.40	245.40	213.40	181.40	152.40	124.40	99.40
	6級	286.20	250.20	218.20	186.20	157.20	129.20	104.20
	7級	290.60	254.60	222.60	190.60	161.60	133.60	108.60
	8級	292.88	256.88	224.88	192.88	163.88	135.88	110.88
	9級	297.36	261.36	229.36	197.36	168.36	140.36	115.36
	10級	300.92	264.92	232.92	200.92	171.92	143.92	118.92
	11級	304.08	268.08	236.08	204.08	175.08	147.08	122.08
	12級	306.76	270.76	238.76	206.76	177.76	149.76	124.76
	13級	308.96	272.96	240.96	208.96	179.96	151.96	126.96
	14級	310.76	274.76	242.76	210.76	181.76	153.76	128.76

(4) 障害等級の変更

ア 変更後の障害等級が第7級以上に該当する場合

障害（補償）給付変更請求書（告示様式第11号）が提出され、必要な実地調査等を行った上で、変更後の障害等級が第7級以上に該当すると認められる場合には、医師により障害等級の変更が確認された日を変更事由発生の日とし（以下イ及びウについても同じ。）、年金変更・不変更決定決議書を用いて年金額の変更決定決議を行い、受給権者あてに年金変更決定通知を送付すること。

なお、定期報告時、相談時等において、明らかに第7級以上の障害等級に該当すると認められる場合は、受給権者に障害（補償）給付変更請求書（告示様式第11号）を提出するよう指導すること（以下同じ）。

イ 変更後の障害等級が第8級以下に該当する場合

障害（補償）給付変更請求書（告示様式第11号）が提出され、必要な実地調査等を行った上で、変更後の障害等級が第8級以下に該当すると認められる場合には、年金変更・不変更決定決議書を用いて障害（補償）年金の受給権消滅確認決議を行い、年金変更決定通知を送付すること。

また、上記決議に併せて、障害（補償）一時金の支給決定決議を行うこと。この場合、一時金の支給決定通知・支払振込通知が、本省（労災保険業務課）から請求人あて送付される。

ウ 変更後の障害の程度が第14級に達しない場合

障害（補償）給付変更請求書（告示様式第11号）が提出され、必要な実地調査等を行った上で、変更後の障害の程度が障害等級第14級にも達しないと認められる場合には、年金変更・不変更決定決議書を用いて障害（補償）年金の受給権消滅確認決議を行い、年金変更決定通知を送付すること。

エ 障害等級を変更する必要がない場合

受給権者から提出された障害（補償）給付変更請求書について審査を行った結果、障害等級を変更する必要がないと認めた場合には、年金変更・不変更決定決議書を用いて不変更の決定決議を行い、年金不変更決定通知を送付すること。

(5) 再発

障害（補償）年金の支給原因となった傷病が再発した場合には、療養（補償）給付の支給決定と同時に、療養開始の日付をもって、年金変更・不変更決定決議書を用いて障害（補償）年金の受給権消滅確認決議を行うこと。

(6) 障害（補償）年金前払一時金

ア 前払一時金の支給要件と請求手続

(7) 障害（補償）年金の受給権者が障害（補償）年金前払一時金の支給を希望するときは、障害（補償）年金前払一時金請求書（年金申請様式第10号）の提出を求めること。

(イ) 前払一時金の請求は、原則として障害（補償）年金の請求と同時にに行わなければならないが、障害（補償）年金の支給決定の通知のあった日の翌日から起算して1年を経過するまでの間は、障害（補償）年金を請求した後においても前払一時金を請求することができる。

ただし、前払一時金の請求権は、傷病の治った日から2年を経過したときは、時効により消滅する（労災保険法附則第59条第4項）。

(ウ) 前払一時金の請求は、同一の事由に関し、1回に限り行うことができる。したがって、給付基礎日額の数百日分を複数回にわたって請求することは認められない。

また、加重障害の場合及び再発後に治ゆして障害（補償）年金を受ける場合（障害の程度を加重した場合に限る。）は、当該障害等級に応じて算定される限度額の範囲内で前払一時金を請求することができる。

イ 前払一時金の支給時期

前払一時金が遺族（補償）年金と同時に請求された場合には、支給時期に制約はない。

障害（補償）年金の請求後に前払一時金の請求が行われた場合には、当該請求に係る前払一時金は、当該請求が行われた月後の最初の1月、3月、5月、7月、9月又は11月

に支給する。

ウ 前払一時金の額

(ア) 前払一時金は、障害等級に応じて次表に掲げる額のうち、受給権者の選択する額を支給する。

なお、障害（補償）年金の支給開始後に請求があった場合には、支払済年金（当該障害補償年金前払一時金が支給される月の翌月に支払われることとなる障害補償年金の額を含む。）と希望する前払一時金の合計額が、それぞれの障害等級の前払一時金の最高額を超えないこと（労災則附則 26、28）。

障害等級	前払一時金の額
第 1 級	給付基礎日額の 200 日分、400 日分、600 日分、800 日分、1,000 日分、1,200 日分又は 1,340 日分
第 2 級	200 日分、400 日分、600 日分、800 日分、1,000 日分又は 1,190 日分
第 3 級	200 日分、400 日分、600 日分、800 日分、1,000 日分又は 1,050 日分
第 4 級	200 日分、400 日分、600 日分、800 日分又は 920 日分
第 5 級	200 日分、400 日分、600 日分又は 790 日分
第 6 級	200 日分、400 日分、600 日分又は 670 日分
第 7 級	200 日分、400 日分又は 560 日分

(注) 給付基礎日額については、スライド制が適用される場合には、スライド後の給付基礎日額。ただし、年齢階層別最低・最高限度額の適用はない。

(イ) 加重障害に係る障害（補償）年金前払一時金の最高限度額は、次のとおりとする。

a 加重前の障害等級が障害（補償）年金に相当していた場合には、加重後の障害等級に応ずる次表の右欄に掲げる額から、加重前の障害等級に応ずる同表の右欄の額を差し引いた額とすること。

障害等級	支給額
第 1 級	給付基礎日額の 1,340 日分
第 2 級	給付基礎日額の 1,190 日分
第 3 級	給付基礎日額の 1,050 日分
第 4 級	給付基礎日額の 920 日分
第 5 級	給付基礎日額の 790 日分
第 6 級	給付基礎日額の 670 日分
第 7 級	給付基礎日額の 560 日分

b 加重前の障害等級が障害（補償）一時金に相当していた場合には、次の算式で求められた額とすること。

$$\left[\begin{array}{c} \text{加重後の障害等級に} \\ \text{応ずる上表の額} \end{array} \right] \times \frac{\left[\begin{array}{c} \text{加重後の障害等級に応ずる} \\ \text{障害（補償）年金の額} \end{array} \right] - \left[\begin{array}{c} \text{加重前の障害等級に応ずる} \\ \text{障害（補償）一時金の額} \end{array} \right] \times \frac{1}{25}}{\left[\begin{array}{c} \text{加重後の障害等級に応ずる} \\ \text{障害（補償）年金の額} \end{array} \right]}$$

(例) 加重前：障害等級 8 級 → 加重後：障害等級 7 級のケース

$$\text{前払限度額} = \text{給付基礎日額の 560 日分} \times \frac{\text{給付基礎日額の 131 日分} - \frac{503}{25} \text{ 日分}}{\text{給付基礎日額の 131 日分}}$$

- (ウ) 再発後に治ゆして、再び障害（補償）年金を受けるに至った場合の障害（補償）年金前払一時金は、次のとおりとする。
- a 初発傷病に関し、障害（補償）年金を受けていた者については、再発傷病に関し、再治ゆして障害の程度を加重した場合に限り、その加重分の障害（補償）年金前払一時金を支給すること。その最高限度額は、(イ)の a の場合に準じて算出した額とすること。
 - b 初発傷病に関し、障害（補償）一時金が既に支給されており、かつ、再発後再治ゆして障害（補償）年金の受給権を取得した場合の最高限度額は、(イ)の b の場合に準じて算出した額とすること。
- (エ) 自然的経過による身体障害の程度の変更があった場合の障害（補償）年金前払一時金は、次のとおりとする。
- a 障害（補償）年金の受給権者のうち、当該障害（補償）年金に係る障害（補償）年金前払一時金の支給に係る請求の日までに、身体障害の程度に変更があった者の当該障害（補償）年金前払一時金の額は、当該請求のあった日における障害等級に応じた限度額とすること。
 - b 障害（補償）年金前払一時金が支給された後の障害（補償）年金の支給停止期間中に、身体障害の程度に変更があった場合には、次のとおりとすること。
 - ① 変更後の障害等級が障害（補償）年金に相当する場合は、新たに該当することとなった障害等級による年金を支給停止すること。
 - ② 変更後の障害等級が障害（補償）一時金に相当する場合は、前払一時金の支給に伴う年金の支給停止は完了し、変更後の障害等級に応じた障害（補償）一時金を支給すること。

(7) 支給停止

障害（補償）年金の受給権者が、障害（補償）年金前払一時金の支給を受ける場合又は第三者の行為による災害で同一の事由により第三者から損害賠償を受けた場合には、受給権者の請求又は職権による調査の結果に基づき、年金の支給停止の決定を行い、また、停止の事由が消滅した場合は、支給停止の解除の決定を行うこと。

なお、停止の事由が年金の支給決定の際に既に生じている場合、又は解除によって年金の支給若しくは年金額の変更の決定を行うべき場合は、それらの決定は同時に行うものとする。

ア 前払一時金の支給による停止

(ア) 支給停止の開始月は、障害（補償）年金の請求と同時に前払一時金の請求があった場合は、年金の支給事由発生日の属する月の翌月とする。

また、障害（補償）年金の支払開始後に前払一時金の請求があった場合は、前払一時金支給日の属する月の翌支払期月に支給すべき年金から停止することとなる。

(イ) 支給停止が解除される月は、支給停止の開始月以後の支給されるべき各月の年金額に、年利 5 分の調整係数（3 の (5) のエ参照）を乗じて得た額の合計額が、支給された前払一時金の額に達した日の属する月となる。

(ウ) 支給停止の決定決議は、前払一時金の支給決定決議書を用いて行うこと。

なお、受給権者に対しては、前払一時金の支給決定通知・支払振込通知が本省（労災保険業務課）から送付され、当該通知において、年金が前払一時金との調整により支給停止になる旨の記載がある。

イ 損害賠償金の受領による支給停止

(ア) 当該障害（補償）年金の支給原因となった業務上の事由又は通勤による負傷又は疾病が第三者の行為によるものであって第三者から同一の事由によって損害賠償を受けたときは、支給停止の決定を行うこと。なお、詳細は「第三者行為災害事務取扱手引」に

よること。

(イ) 支給停止の開始月は、受給権者が年金の支給決定前に損害賠償金を受領したときは、年金の支給事由発生日の属する月の翌月とする。

また、年金の支給開始後に受給権者が損害賠償金を受領したときは、損害賠償金受領日の属する支払期に支給すべき年金から停止することとなる（支給停止開始年月は、損害賠償金を受領した日の属する支払期の初月となる。例えば、11月に損害賠償金を受領した場合、12月支払期、すなわち10月分年金から支給が停止される。）。

なお、受給権者が損害賠償金を受領した事実を署が把握したのが損害賠償金受領日より相当経過したため、支給停止の開始が損害賠償受領日に属する支払期の次期以降となる場合には、損害賠償受領日の属する支払期以降の既支給額は債権管理することになるので、別途文書報告を行うこと。

(ウ) 支給停止が解除される月は、支給すべき年金額が、受領した損害賠償金に達した日の属する月とする。

ただし、その期間は、平成25年4月1日以降発生した災害については、災害発生後満7年経過の日を限度とする。

(エ) 支給停止に関する決定は、年金支給決定議書又は訂正決議書を用いて行うこと。

なお、受給権者に対しては、年金支給決定通知（年金が第三者損害賠償との調整により支給停止される旨の記載がある。）又は年金変更決定通知により通知すること。

(8) 障害（補償）年金差額一時金

ア 給付事由

障害（補償）年金を受け権利を有する者が死亡した場合において、その者に支給された障害（補償）年金及び障害（補償）年金前払一時金の額（労災保険法第16条の6第2項と同様に換算率を乗じて得た額）の合計額（ウの(ア)及び(イ)において「当該事由に関する既支給年金額等」という。）が、当該障害等級に応ずる一定額（ウの(ア)の表の右欄の額）に満たない場合には、障害（補償）年金差額一時金を支給する。

イ 障害（補償）年金差額一時金の受給権者

障害（補償）年金差額一時金の支給を受けることができる遺族は、次の①又は②に掲げる遺族とし、支給を受けべき順位は、次の①、②に記載の順による。

① 労働者の死亡当時その者と生計を同じくしていた配偶者（婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にあったものを含む。②においても同じ。）、子、父母、孫、祖父母及び兄弟姉妹

② ①に該当しない配偶者、子、父母、孫、祖父母及び兄弟姉妹

ウ 給付の内容

(ア) 労働者の死亡時の障害等級に応じ、次表に掲げた額（スライド制が適用される場合はスライド後の額）から当該事由に関する既支給年金額等を差し引いた額とする。

障害等級	一定額
第 1 級	給付基礎日額の 1,340 日分
第 2 級	給付基礎日額の 1,190 日分
第 3 級	給付基礎日額の 1,050 日分
第 4 級	給付基礎日額の 920 日分
第 5 級	給付基礎日額の 790 日分
第 6 級	給付基礎日額の 670 日分
第 7 級	給付基礎日額の 560 日分

(イ) 加重障害の場合における障害（補償）年金差額一時金の額は、次のとおりとする。

a 加重前の障害等級が障害（補償）年金に相当していた場合

$$\left\{ \left[\begin{array}{l} \text{加重後の身体障害の該当する障害等級に応ずる(7)の表の右欄に掲げる額} \\ \text{加重前の身体障害の該当する障害等級に応ずる同表の右欄に掲げる額} \end{array} \right] - \left[\begin{array}{l} \text{加重前の身体障害の該当する障害等級に応ずる同表の右欄に掲げる額} \\ \text{加重前の身体障害の該当する障害等級に応ずる同表の右欄に掲げる額} \end{array} \right] \right\} - \left[\begin{array}{l} \text{当該事由(加重分)に関する既支給年金額等} \end{array} \right]$$

(例) 加重前：障害等級7級 → 加重後：障害等級6級のケース

$$\text{支給額} = \underbrace{\left[\begin{array}{l} \text{給付基礎日額の670日分} \\ \text{6級年金の差額一時金の限度額} \end{array} \right] - \left[\begin{array}{l} \text{給付基礎日額の560日分} \\ \text{7級年金の差額一時金の限度額} \end{array} \right]}_{\text{加重障害分の一時金の限度額}} - \underbrace{\left[\begin{array}{l} \text{給付基礎日額の156日分} \\ \text{6級年金} \end{array} \right] - \left[\begin{array}{l} \text{給付基礎日額の131日分} \\ \text{7級年金} \end{array} \right]}_{\text{加重障害分の既支給年金額}} \times \text{支給期間}$$

b 加重前の障害等級が障害（補償）一時金に相当していた場合

$$\left\{ \left[\begin{array}{l} \text{加重後の身体障害の該当する障害等級に応ずる(7)の表の右欄に掲げる額} \\ \text{加重後の障害等級に応ずる障害(補償)年金の額} \end{array} \right] \times \frac{\left[\begin{array}{l} \text{加重後の障害等級に応ずる障害(補償)年金の額} \\ \text{加重後の障害等級に応ずる障害(補償)一時金の額} \end{array} \right] - \left[\begin{array}{l} \text{加重後の障害等級に応ずる障害(補償)年金の額} \\ \text{加重後の障害等級に応ずる障害(補償)一時金の額} \end{array} \right] \times \frac{1}{25}}{\left[\begin{array}{l} \text{加重後の障害等級に応ずる障害(補償)年金の額} \\ \text{加重後の障害等級に応ずる障害(補償)年金の額} \end{array} \right]} \right\} - \left[\begin{array}{l} \text{当該事由(加重分)に関する既支給年金額等} \end{array} \right]$$

(例) 加重前：障害等級14級 → 加重後：障害等級7級のケース

$$\text{支給額} = \underbrace{\frac{\text{給付基礎日額の560日分}}{\text{給付基礎日額の560日分}} \times \frac{\text{給付基礎日額の128.76日分}}{\text{給付基礎日額の131日分}}}_{\text{加重障害分の差額一時金の限度額}} - \underbrace{\frac{\text{給付基礎日額の128.76日分}}{\text{給付基礎日額の128.76日分}}}_{\text{加重障害分の年金既支給額}} \times \text{支給期間}$$

(ウ) 再発後に再治ゆして障害（補償）年金になった場合における障害（補償）年金差額一時金の額は、次のとおりとする。

a 障害（補償）年金の受給権者が、再発後に再治ゆし障害（補償）年金を再び受けるに至った後に死亡した場合

$$\left[\begin{array}{l} \text{再治ゆ後の障害等級に応ずる(7)の表の右欄に掲げる額} \end{array} \right] - \left[\begin{array}{l} \text{再発前の障害及び再治ゆ後の障害に関する支給された障害(補償)年金及び障害(補償)年金前払一時金の合計額} \end{array} \right]$$

b 障害（補償）一時金を受給した者が、再発後に再治ゆし障害（補償）年金の受給権者となった後に死亡した場合

$$\left\{ \left[\begin{array}{l} \text{再治ゆ後の障害等級に応ずる(7)の表の右欄に掲げる額} \\ \text{再治ゆ後の障害等級に応ずる障害(補償)年金の額} \end{array} \right] \times \frac{\left[\begin{array}{l} \text{再治ゆ後の障害等級に応ずる障害(補償)年金の額} \\ \text{再治ゆ後の障害等級に応ずる障害(補償)一時金の額} \end{array} \right] - \left[\begin{array}{l} \text{再発前の障害等級に応ずる障害(補償)年金の額} \\ \text{再発前の障害等級に応ずる障害(補償)一時金の額} \end{array} \right] \times \frac{1}{25}}{\left[\begin{array}{l} \text{再治ゆ後の障害等級に応ずる障害(補償)年金の額} \\ \text{再治ゆ後の障害等級に応ずる障害(補償)年金の額} \end{array} \right]} \right\} - \left[\begin{array}{l} \text{再治ゆ後の障害に関する支給された障害(補償)年金及び障害(補償)年金前払一時金の合計額} \end{array} \right]$$

比例配分により算出（加重障害の場合と同様の方法）した限度額

(エ) 自然的経過により身体障害の程度に変更があった受給権者が死亡した場合の障害（補償）年金差額一時金は、当該障害（補償）年金差額一時金の支給事由発生日（被災労働者の死亡の日）における障害の程度により支給額を算定する。

エ 請求書審査上の要点

障害（補償）年金差額一時金請求書の内容審査に当たっては、IVに留意するほか、受給権者に誤りはないか等につきVの第4の4に準じて行うこと。