

### Ⅲ 調査・取りまとめ様式

様式1から8は、調査漏れの防止、調査結果の迅速な取りまとめ、調査の簡略化等の観点から作成したものであるので、以下の点に留意の上、調査に当たって十分に活用することとする。

なお、この様式を参考に事案ごとに様式を工夫して差し支えないものであり、様式に記載されていない特記事項があれば、附記されたい。

○ 様式1及び様式2について

様式1は、調査した事項について専門医・部会へ協議した結果を踏まえた業務上外の判断を行うための復命書である。

- 1 総合判断
- 2-1 出現した心身の症状等に関する事項
- 2-2 自殺の状況に関する事項
- 3 業務による心理的負荷の有無及びその内容
- 4-1 業務以外の心理的負荷の有無及びその内容
- 4-2 個体側要因の有無及びその内容
- 5-1 主治医・産業医等の意見
- 5-2 専門医の意見
- 6 就業条件等一般的事項
- 7 労働時間を認定した根拠、労働時間集計表の構成となっている。

様式2は、様式1と同様調査した事項について専門医・部会への協議の要否、否の場合は業務上外の判断についても行うための復命書である。

- 1 調査結果のまとめ
- 2-1 出現した心身の症状等に関する事項
- 2-2 自殺の状況に関する事項
- 3 業務による心理的負荷の有無及びその内容
- 4-1 業務以外の心理的負荷の有無及びその内容
- 4-2 個体側要因の有無及びその内容
- 5 主治医・産業医等の意見
- 6 就業条件等一般的事項
- 7 労働時間を認定した根拠、労働時間集計表の構成となっている。

様式1と様式2は、表紙のほか、1（「総合判断」〈様式1〉）及び「調査結果のまとめ」〈様式2〉）と5-2（「専門医の意見」〈様式1のみ〉）を除き、共通である。

○ 様式3について

様式3「申立書」は、労災請求の際に請求人に記入・提出を依頼するものであり、請求人の聴取に係る負担の軽減と保険給付決定のための効率的な調査を図るためのものである。

○ 様式4及び様式5について

様式4-1及び様式5は「意見書の提出依頼について」（昭和33年7月12日付け基発第454号様式3）の別紙として、様式4-2は「意見書の提出について」（同通達様式4）の別紙として活用することを想定したものである。

## ○様式1の記載要領

### 1 総合判断

認定要件に沿って、対象疾病の発病の有無及び発病時期、業務による強い心理的負荷の有無、業務以外の心理的負荷又は個体側要因により発病したか否かについての判断を取りまとめるためのものである。

※ 「(2) 業務による心理的負荷」のうち「労働時間の状況(時間外労働時間数)」欄については、発病年月日が特定できない場合には、以下の条件に上から順に当てはめて、一番はじめに該当した日を起算日とした月毎の時間外労働時間を記入すること。

なお起算日は、例えば「発病年月日」が不明の場合は1日～月の末日、上旬の場合は1日～10日、中旬の場合は11日～20日、下旬の場合は21日～月の末日の間の日とすること。

#### (条件)

- (1) 極度の長時間労働が認められる起算日(複数ある場合は時間数が最も多い起算日、時間数が最も多い日が複数ある場合はその中で最も遅い起算日)
- (2) 「出来事」としての長時間労働が認められる起算日(複数ある場合は合計した時間数が最も多い起算日、合計した時間数が最も多い日が複数ある場合はその中で最も遅い起算日)
- (3) 発病年月日の中で最も遅い起算日

2から6については、取りまとめられた各々が、添付のどの資料の何頁に記載されているかについても整理できるものとしている。

#### 2-1 出現した心身の症状等に関する事項

#### 2-2 自殺の状況に関する事項

「当該疾病に関する精神科等の医療機関の受診状況」については、症状が出現した当時の業務従事状況等を含め、症状の出現から医療機関への受診までの当該労働者の症状経過等を、時間を追って記載すること。

また、自殺事案の場合は死体検案医又は剖検担当医から意見書を徴し、その意見書の概要を記載すること。

### 3 業務による心理的負荷の有無及びその内容

業務による心理的負荷に関し、出来事の有無や、出来事ごとにどのような調査結果であったのか、どのような事実が認定できたのかを取りまとめるためのものである。

#### 4-1 業務以外の心理的負荷の有無及びその内容

業務以外の心理的負荷に関し、出来事の有無や、出来事ごとにどのような調査結果であったのか、どのような事実が認定できたのかを取りまとめるためのものである。

#### 4-2 個体側要因の有無とその内容

個体側要因の有無とその内容について取りまとめるためのものである。

#### 5-1 主治医・産業医等の意見

「主治医の意見」は、発症前の主治医（既往症の治療担当医）、発症後の主治医（労災請求に係る疾病の治療担当医）から、また、「産業医意見書」は、当該事業場に選任されている産業医において、当該労働者の健康状態等を把握し、指導等が行われている場合に当該産業医から意見書を徴し、その意見書の概要を記載すること。「専門医意見書（請求人提出）」は請求人から専門医の意見書が提出された場合に、当該専門医の意見書の概要を記載すること。

#### 5-2 専門医の意見

専門医による事案の検討結果について、結論を取りまとめるためのものである。

#### 6 就業条件等一般的事項

「職歴」については主要なものを、「現在の事業場に雇入後の配属先」については直近のものを含め主要なものを記載すること。

「当該労働者の日常業務」については、単に職種や役職にとどまらず、具体的な業務内容、作業環境等のほか、1日の業務の流れ等について記載し、さらに、発病前おおむね6か月間に業務内容の変更等がある場合は、変更前の業務内容等についても記載すること。

#### 7 労働時間を認定した根拠及び労働時間集計表

精神障害発病のおおむね6か月前の時間外労働等の状況を明確にするためのものである。タイムカード等の客観的な資料による場合も含め、その把握方法及び推計方法を記載すること。

精神障害の業務起因性判断のための調査復命書

局 署										整理番号	
署長		次長		課長		給付調査官		係長		係	復命年月日 平成 年 月 日
1. 調査官意見のとおり決定する。(平成 年 月 日) 2. 下記事由により再調査を要する。								調査官職氏名			
								受付年月日	平成 年 月 日		
								請求種別	<input type="checkbox"/> 療養 <input type="checkbox"/> 休業 <input type="checkbox"/> 遺族 <input type="checkbox"/> 葬祭 <input type="checkbox"/> 隘害 その他 ( )		
労働保険番号						事業の種類					
事業の名称									労働者数	人	
事業場の所在	〒 -						電話	( )			
ふりがな 被災労働者氏名					生年月日	年 月 日		性別	男・女		
職 種						雇入年月日	平成 年 月 日				
ふりがな 請求人氏名				続柄							
疾患名及び 発病時期	【請求時】疾患名:		発病日:平成		年	月	日(頃)	(発病時年齢		歳)	
	【決定時】疾患名:		発病日:平成		年	月	日(頃)	(発病時年齢		歳)	
現在の状況	生存 死亡(死亡年月日: 年 月 日 死亡時年齢 歳)										
請求人の申述											
事案の概要 (認定した 事実)											
総合判断	【調査官の意見】 本件は、[ 業務上 ・ 業務外 ] と考える。 <hr/> (理 由)     (医学意見書: 専門医 ・ 部会 )										

1 総合判断

(1) 発病の有無等

精神障害発病の有無	有・無	発病時期	年 月 日(頃)
疾患名 (ICD-10診断ガイドラインによる)			

(2) 業務による心理的負荷

特別な出来事 の 評 価	心理的負荷が極度のもの・極度の長時間労働			
	有 ( ) 無			
発病前6か月間 に起きた精神障 害の発病に関与 したと考えられ る業務による出 来事及び出来事 後の 評 価	出来事の有無	有・無	恒常的な長時間労働の有無	有・無
	具 体 的 出 来 事			心理的負荷の 総合評価の強度
	( ) 平均( I・II・III ) 具体的な内容及び評価:			弱 中 強
	( 類推の有無 有・無 )			
( ) 平均( I・II・III ) 具体的な内容及び評価:			弱 中 強	
( 類推の有無 有・無 )				
( ) 平均( I・II・III ) 具体的な内容及び評価:			弱 中 強	
( 類推の有無 有・無 )				

労働時間の状況 (時間外労働時 数)	発病前1か月 時間	発病前2か月 時間	発病前3か月 時間	発病前4か月 時間	発病前5か月 時間	発病前6か月 時間
複数の出来事の 全体評価						
総合評価	弱 中 強					

(3) 業務以外の心理的負荷及び個体側要因

出来事の有無	<input type="checkbox"/> 確認できなかった <input type="checkbox"/> 確認できた内容は下記のとおりでこれにより発病したもとは認められない <input type="checkbox"/> 確認できた内容は下記のとおりでこれにより発病したもとは認められる					
発病前6か月間 に起きた精神障 害の発病に関与 したと考えられ る業務以外の出 来事の評価	具体的出来事					
	(類推の有無 有・無)					I II III
個体側要因 の有無	<input type="checkbox"/> 確認できなかった <input type="checkbox"/> 確認できた内容は下記のとおりでこれにより発病したもとは認められない <input type="checkbox"/> 確認できた内容は下記のとおりでこれにより発病したもとは認められる					
	(類推の有無 有・無)					I II III
個体側要因の評価 (顕著な事項 及び内容)	既往歴					
	アルコール等 依存状況					
	その他					

2-1 出現した心身の症状等に関する事項

当該疾病に関する精神科等の医療機関の受診状況	医療機関名		受診期間				病名		
	初診	[ ]	[ ]	年	月	～	年	月	[ ]
		[ ]	[ ]	年	月	～	年	月	[ ]
		[ ]	[ ]	年	月	～	年	月	[ ]
		[ ]	[ ]	年	月	～	年	月	[ ]
年・月	請求人の申述		資料No.	調査結果				資料No.	

2-2 自殺の状況に関する事項

自殺の状況	自殺の手段	資料No.				
	自殺直前の状況（特記事項がある場合のみ記載）					
	遺書の有無： 有・無					
	遺書の内容					
	検視者： <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>所属</td> <td>警察署</td> </tr> <tr> <td>職名</td> <td>氏名</td> </tr> </table>	所属	警察署	職名	氏名	
所属	警察署					
職名	氏名					
	検案医師： <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>所属</td> <td>病院・医院</td> </tr> <tr> <td>職名</td> <td>氏名</td> </tr> </table>	所属	病院・医院	職名	氏名	
所属	病院・医院					
職名	氏名					
	判定された死因					

3 業務による心理的負荷の有無及びその内容

出来事：				
年・月	請求人の申述	資料No.	調査結果	資料No.
認定事実				

4-1 業務以外の心理的負荷の有無及びその内容

出来事:				
年・月	請求人の申述	資料No.	調査結果	資料No.
認定事実				

4-2 個体側要因の有無及びその内容

個体側要因（有・無） 上記が有の場合その内容
---------------------------



5-2 専門医の意見

<p>部会 専門医 (監督署長依頼) の意見書</p>	
---	--

6 就業条件等一般的事項

学 歴	最終学歴〔中学校・高等学校・大学・大学院・その他( )〕 年 月 日 卒業・中退	資料No.
<p>職 歴</p> <p>〔 直近のものから記載すること。〕</p>	<p>事業場名</p> <p>職 種</p> <p>〔 ) 〔 年 月 日～ 年 月 日〕〔 )</p> <p>〔 ) 〔 年 月 日～ 年 月 日〕〔 )</p> <p>〔 ) 〔 年 月 日～ 年 月 日〕〔 )</p>	
<p>現在の事業場に 雇入後の配属先</p> <p>〔 直近のものから記載すること。〕</p>	<p>配属先</p> <p>職 種</p> <p>〔 ) 〔 年 月 日～ 年 月 日〕〔 )</p> <p>〔 ) 〔 年 月 日～ 年 月 日〕〔 )</p> <p>〔 ) 〔 年 月 日～ 年 月 日〕〔 )</p> <p>〔 ) 〔 年 月 日～ 年 月 日〕〔 )</p>	
<p>所定労働時間、 所定休憩時間、 所定休日等</p> <p>〔 当該労働者について記載すること。〕</p>	<p>所定労働時間</p> <p>〔 所定始業時刻： 時 分 (1日) 時間 分</p> <p>〔 所定終業時刻： 時 分 (1週間) 時間 分</p> <p>〔 所定休憩時刻： 時 分～ 時 分 (休憩時間 時間 分)</p> <p>〔 所定休日： ①週休1日制 ②週休2日制 ③カレンダー等で指定 ④その他</p> <p>〔 特記事項</p> <p>〔 労働時間制度： ①1か月単位変形労働時間制 ②1年単位変形労働時間制</p> <p>〔 ③フレックスタイム制 ④裁量労働制 ⑤その他</p> <p>〔 特記事項</p> <p>〔 勤務形態： ①日勤勤務 ②2交代制(日勤・夜勤) ③3交代制 ④その他</p> <p>〔 特記事項</p> <p>〔 雇用形態： ①正規職員・従業員 ②契約社員 ③派遣労働者</p> <p>〔 ④パート・アルバイト ⑤その他</p> <p>〔 出退勤の管理の状況： ①タイムカード ②出勤簿 ③管理者による確認 ④本人の申告 ⑤その他</p> <p>〔 特記事項</p> <p>〔 その他特記事項：</p> <p>〔</p>	

<p>当該労働者の 日常業務</p> <p>〔 具体的に記載 すること。 〕</p>		資料No.
<p>事業場(所属部署)内 における当該労働者 の位置づけ</p> <p>〔 組織図により表 すと共に職取実 施者には○印を 付記すること。 〕</p>		
<p>事業場以外にお ける当該労働者 との関係図 (家族・友人等)</p> <p>〔 組織図により表 すと共に職取実 施者には○印を 付記すること。 〕</p>		

7 労働時間を認定した根拠

資料 No.

(労働時間の把握方法)

- |                                 |                                    |                                     |
|---------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> タイムカード | <input type="checkbox"/> 出勤簿・業務日報等 | <input type="checkbox"/> 施錠記録・警備記録等 |
| <input type="checkbox"/> 本人の申告  | <input type="checkbox"/> 管理者による確認  | <input type="checkbox"/> 上司・同僚からの聴取 |
| <input type="checkbox"/> その他    | ( )                                |                                     |

(労働時間の推計方法)

労働時間集計表 ( ~ )

(発病前 ( ) か月目)

	労働時間 (始業～終業)	1日の 拘束時間数	1日の 労働時間数	総労働 時間数	時間外 労働時間数
/ ( )	～			①	⑥ = ① - 40
/ ( )	～				
/ ( )	～				
/ ( )	～				
/ ( )	～				
/ ( )	～				
/ ( )	～				
/ ( )	～			②	⑦ = ② - 40
/ ( )	～				
/ ( )	～				
/ ( )	～				
/ ( )	～				
/ ( )	～				
/ ( )	～				
/ ( )	～			③	⑧ = ③ - 40
/ ( )	～				
/ ( )	～				
/ ( )	～				
/ ( )	～				
/ ( )	～				
/ ( )	～				
/ ( )	～			④	⑨ = ④ - 40
/ ( )	～				
/ ( )	～				
/ ( )	～				
/ ( )	～				
/ ( )	～				
/ ( )	～				
/ ( )	～			⑤	⑩ = ⑤ - X
/ ( )	～				
合 計				①～⑤	⑥～⑩

医学意見の要否等に係る調査復命書

局 署										整理番号	
署長	次長	課長	給付調査官	係長	係	復命年月日 平成 年 月 日					
1. 調査官意見のとおり決定する。(平成 年 月 日) 2. 下記事由により再調査を要する。						調査官職氏名					
						受付年月日		平成 年 月 日			
労働保険番号						事業の種類					
						事業の名称					
事業場の所在						電話		( )			
ふりがな 被災労働者氏名				生年月日		年 月 日		性別		男・女	
職 種						雇入年月日		年 月 日			
ふりがな 請求人氏名				続柄		雇入年月日		年 月 日			
疾患名及び発病時期		[請求時] 疾患名:		発病日: 平成 年 月 日 (頃) (発病時年齢 歳)		[決定時] 疾患名:		発病日: 平成 年 月 日 (頃) (発病時年齢 歳)			
現在の状況		生存 死亡 (死亡年月日: 年 月 日 死亡時年齢 歳)									
請求人の申述											
事案の概要 (認定した事実)											
<p>〔調査官意見〕</p> <p>本件について、下記によることとしたい</p> <p><input type="checkbox"/> 次頁(1)の1ないし5に該当することから、本復命書を添付し(2)により専門部会の合議による意見を求める</p> <p><input type="checkbox"/> 次頁(1)の1ないし5に該当せず6ないし9に該当することから、本復命書を添付し(2)により専門医の意見を求める</p> <p><input type="checkbox"/> 次頁(1)のいずれにも該当せず、業務による強い心理的負荷が認められ業務以外の心理的負荷等が認められないことから、主治医による意見書により業務上と決定する</p>											

調査官意見の詳細

(1) 意見を求める相手方

1	自殺事案
2	業務による心理的負荷の強度について「強」に該当するかどうかも含め判断しがたい
3	業務による心理的負荷が「強」に該当することが明らかだが、顕著な業務以外の心理的負荷又は個体側要因が認められる
4	請求人が悪化を主張している
5	発病の有無、疾患名、発病時期、心理的負荷の強度、その他( )の判断について 高度な医学的検討が必要

上記1～5のいずれかに該当することから、専門部会の合議による意見を求める

6	主治医の意見による判断に補足が必要である
7	疾患名がICD-10のF3あるいはF4でない
8	業務による心理的負荷が「強」に該当しないことが明らかである
9	業務による心理的負荷が明確に「強」に該当することが明らかだが、業務以外の心理的負荷又は個体側要因が認められる

上記1～5に該当せず、上記6～9のいずれかに該当することから、専門医の意見を求める

上記のいずれにも該当しないことから、主治医による意見書により業務上と決定する

(2) 専門部会・専門医への意見依頼内容及びこれに対する審の見解等

1-1 調査結果のまとめ

(1) 発病の有無等

精神障害発病の有無	有・無	発病時期	年 月 日(頃)	自殺・生存
疾患名	(F )			
( ) について主治医の判断の補足が必要・不要				

(2) 業務による心理的負荷

特別な出来事 の 評 価	心理的負荷が極度のもの・極度の長時間労働			
	有 ( ) ・ 無			
発病前6か月間 に起きた精神障 害の発病に関与 したと考えられ る業務による出 来事及び出来事 後の 評 価	出来事の有無	有・無	恒常的な長時間労働の有無	有・無
	具 体 的 出 来 事			心理的負荷の 総合評価の強度
	( ) 平均( I・II・III ) 具体的な内容及び評価:			弱 中 強 不明
	(類推の有無 有・無)			
( ) 平均( I・II・III ) 具体的な内容及び評価:			弱 中 強 不明	
(類推の有無 有・無)				
( ) 平均( I・II・III ) 具体的な内容及び評価:			弱 中 強 不明	
(類推の有無 有・無)				

労働時間の状況 (時間外労働時 間数)	発病前1か月 時間	発病前2か月 時間	発病前3か月 時間	発病前4か月 時間	発病前5か月 時間	発病前6か月 時間
複数の出来事の 全体評価						
総合評価	① 強 ② 中 ③ 弱 ④ 強か否か不明 ⑤ 中か弱か不明					

(3) 業務以外の心理的負荷及び個体側要因

出来事の有無	<input type="checkbox"/> 確認できなかった <input type="checkbox"/> 確認できた内容は下記のとおりで顕著なものではないと考えられる <input type="checkbox"/> 確認できた内容は下記のとおりで顕著なものと考えられる					
発病前6か月間 に起きた精神障 害の発病に関与 したと考えられ る業務以外の出 来事の評価	具体的出来事					
	(類推の有無 有・無)					I II III
個体側要因の有無	<input type="checkbox"/> 確認できなかった <input type="checkbox"/> 確認できた内容は下記のとおりで顕著なものではないと考えられる <input type="checkbox"/> 確認できた内容は下記のとおりで顕著なものと考えられる					
	(類推の有無 有・無)					I II III
個体側要因の評価 (顕著な事項 及び内容)	既往歴					
	アルコール等 依存状況					
	その他					

2-1 出現した心身の症状等に関する事項

当該疾病に関する精神科等の医療機関の受診状況	医療機関名		受診期間				病名	
	初診	[ ] [ ]	年	月	～	年	月	[ ]
		[ ] [ ]	年	月	～	年	月	[ ]
		[ ] [ ]	年	月	～	年	月	[ ]
年・月	請求人の申述		資料No.	調査結果			資料No.	

2-2 自殺の状況に関する事項

自殺の状況	自殺の手段	資料No.
	自殺直前の状況（特記事項がある場合のみ記載）	
	遺書の有無： 有・無 遺書の内容	
	検視者： 所属 警察署 職名 氏名	
	検案医師： 所属 病院・医院 職名 氏名	
	判定された死因	

3 業務による心理的負荷の有無及びその内容

出来事：				
年・月	請求人の申述	資料No.	調査結果	資料No.
認定事実				

4-1 業務以外の心理的負荷の有無及びその内容

出来事:				
年・月	請求人の申述	資料No.	調査結果	資料No.
認定事実				

4-2 個体側要因の有無及びその内容

個体側要因（有・無）  
上記が有の場合その内容



6 就業条件一般的事項

学 歴	最終学歴〔中学校・高等学校・大学・大学院・その他( ) 年 月 日 卒業・中退〕	資料No.																																																																												
<b>職 歴</b> 〔直近のものから記載すること。〕	<b>事業場名</b> [ ] [ 年 月 日～ 年 月 日 ] [ 職 種 ] [ ] [ 年 月 日～ 年 月 日 ] [ 職 種 ] [ ] [ 年 月 日～ 年 月 日 ] [ 職 種 ]																																																																													
現在の事業場に 雇入後の配属先 〔直近のものから記載すること。〕	<b>配属先</b> [ ] [ 年 月 日～ 年 月 日 ] [ 職 種 ] [ ] [ 年 月 日～ 年 月 日 ] [ 職 種 ] [ ] [ 年 月 日～ 年 月 日 ] [ 職 種 ] [ ] [ 年 月 日～ 年 月 日 ] [ 職 種 ]																																																																													
所定労働時間、 所定休憩時間、 所定休日等 〔当該労働者について記載すること。〕	<table border="0"> <tr> <td>所定始業時刻：</td> <td>時 分</td> <td rowspan="3">〔所定労働時間〕</td> <td>(1 日)</td> <td>時間</td> <td>分</td> </tr> <tr> <td>所定終業時刻：</td> <td>時 分</td> <td>(1 週間)</td> <td>時間</td> <td>分</td> </tr> <tr> <td>所定休憩時刻：</td> <td>時 分～ 時 分</td> <td>(休憩時間)</td> <td>時間</td> <td>分</td> </tr> <tr> <td>所定休日：</td> <td colspan="5">①週休1日制 ②週休2日制 ③カレンダー等で指定 ④その他</td> </tr> <tr> <td>特記事項</td> <td colspan="5">〔 〕</td> </tr> <tr> <td>労働時間制度：</td> <td colspan="5">①1か月単位変形労働時間制 ②1年単位変形労働時間制 ③フレックスタイム制 ④裁量労働制 ⑤その他</td> </tr> <tr> <td>特記事項</td> <td colspan="5">〔 〕</td> </tr> <tr> <td>勤務形態：</td> <td colspan="5">①日勤勤務 ②2交代制(日勤・夜勤) ③3交代制 ④その他</td> </tr> <tr> <td>特記事項</td> <td colspan="5">〔 〕</td> </tr> <tr> <td>雇用形態：</td> <td colspan="5">①正規職員・従業員 ②契約社員 ③派遣労働者 ④パート・アルバイト ⑤その他</td> </tr> <tr> <td>出勤の管理の状況：</td> <td colspan="5">①タイムカード ②出勤簿 ③管理者による確認 ④本人の申告 ⑤その他</td> </tr> <tr> <td>特記事項</td> <td colspan="5">〔 〕</td> </tr> <tr> <td>その他特記事項：</td> <td colspan="5">〔 〕</td> </tr> </table>	所定始業時刻：	時 分	〔所定労働時間〕	(1 日)	時間	分	所定終業時刻：	時 分	(1 週間)	時間	分	所定休憩時刻：	時 分～ 時 分	(休憩時間)	時間	分	所定休日：	①週休1日制 ②週休2日制 ③カレンダー等で指定 ④その他					特記事項	〔 〕					労働時間制度：	①1か月単位変形労働時間制 ②1年単位変形労働時間制 ③フレックスタイム制 ④裁量労働制 ⑤その他					特記事項	〔 〕					勤務形態：	①日勤勤務 ②2交代制(日勤・夜勤) ③3交代制 ④その他					特記事項	〔 〕					雇用形態：	①正規職員・従業員 ②契約社員 ③派遣労働者 ④パート・アルバイト ⑤その他					出勤の管理の状況：	①タイムカード ②出勤簿 ③管理者による確認 ④本人の申告 ⑤その他					特記事項	〔 〕					その他特記事項：	〔 〕					
所定始業時刻：	時 分	〔所定労働時間〕	(1 日)		時間	分																																																																								
所定終業時刻：	時 分		(1 週間)		時間	分																																																																								
所定休憩時刻：	時 分～ 時 分		(休憩時間)	時間	分																																																																									
所定休日：	①週休1日制 ②週休2日制 ③カレンダー等で指定 ④その他																																																																													
特記事項	〔 〕																																																																													
労働時間制度：	①1か月単位変形労働時間制 ②1年単位変形労働時間制 ③フレックスタイム制 ④裁量労働制 ⑤その他																																																																													
特記事項	〔 〕																																																																													
勤務形態：	①日勤勤務 ②2交代制(日勤・夜勤) ③3交代制 ④その他																																																																													
特記事項	〔 〕																																																																													
雇用形態：	①正規職員・従業員 ②契約社員 ③派遣労働者 ④パート・アルバイト ⑤その他																																																																													
出勤の管理の状況：	①タイムカード ②出勤簿 ③管理者による確認 ④本人の申告 ⑤その他																																																																													
特記事項	〔 〕																																																																													
その他特記事項：	〔 〕																																																																													

<p>当該労働者の 日常業務</p> <p>〔 具体的に記載 すること。 〕</p>		<p>資料No.</p>
<p>事業場(所属部署)内 における当該労働者 の位置づけ</p> <p>〔 組織図により表 すと共に聴取実 施者には○印を 付記すること。 〕</p>		
<p>事業場以外にお ける当該労働者 との相関図 (家族・友人等)</p> <p>〔 組織図により表 すと共に聴取実 施者には○印を 付記すること。 〕</p>		

7 労働時間を認定した根拠

資料 No.

(労働時間の把握方法)

- |                                 |                                    |                                     |
|---------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> タイムカード | <input type="checkbox"/> 出勤簿・業務日報等 | <input type="checkbox"/> 施錠記録・警備記録等 |
| <input type="checkbox"/> 本人の申告  | <input type="checkbox"/> 管理者による確認  | <input type="checkbox"/> 上司・同僚からの聴取 |
| <input type="checkbox"/> その他    | (                                  | )                                   |

(労働時間の推計方法)



## 申立書の提出についてのお願い

労災保険給付の請求が行われますと、労働基準監督署では、保険給付を行うことができるかを判断するために必要な調査を行うこととなります。調査に当たり、請求人の方から詳しくお話をお聴きする（聴取といいます。）こととなりますが、申立書をご提出いただければ、この申立書によって聴取を省略できる場合があります。また、聴取を行う場合でも短時間に行うことができます。

そのため、請求人の方には申立書の提出をお願いしています。

ただし、申立書の提出は強制ではありませんので、職員に直接話すことを希望する場合等には提出しないこともできます。

また、各項目については、精神障害を発病した方に関して記入していただくものです。

なお、本申立書は、労災保険給付の決定のためだけに使用するものであることを申し添えます。

# 申 立 書

平成 年 月 日

請求人氏名 \_\_\_\_\_ 印

（署名又は記名・押印してください）

※ 請求人と「申立書」の作成者が異なる場合には、次の「作成者氏名」及び「請求人との関係」を記してください。

作成者氏名 \_\_\_\_\_ 印

（署名又は記名・押印してください）

（請求人との関係 \_\_\_\_\_）

### ご病気について

1 精神的な症状はいつ頃から始まりましたか。

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月（\_\_\_\_\_歳頃）から

2 その症状を含めて、どのような症状がどの位続いたのかについてできるだけ詳しく教えてください。また、病院に行くことになったきっかけについても教えてください。

3 現在の精神症状に関する治療の経緯を教えてください（病院を変わっている場合はそのすべてを教えてください）

医療機関名	受診期間	病名
(初診)	年 月 <sup>り</sup> ～ 年 月	
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	

仕事について

4 勤務状況等について教えてください。

配属先 (所属の部、課、係)	
従事する具体的な作業の内容	
所定労働時間	始業時刻：                      終業時刻：                      休憩時間：
所定休日	週休1日制 ・ 隔週週休2日制 ・ 完全週休2日制 ・ その他（                      ）

発病前おおむね6か月間に時間外労働はありましたか。

・発病前1か月

- ① 毎日あった
- ② 月の半分以上はあった
- ③ 全くなかった
- ④ わからない

1か月間の時間外労働は  
どのくらいありましたか。



\_\_\_\_\_時間程度

・発病前1か月を含む発病前6か月

- ① 毎日あった
- ② 月の半分以上はあった
- ③ 全くなかった
- ④ わからない

1か月間の時間外労働は  
どのくらいありましたか。



{ 最も長い月 \_\_\_\_\_ 時間程度  
 最も短い月 \_\_\_\_\_ 時間程度

5 精神障害の発病前おおむね6か月の間に仕事の関係であなたが体験した出来事であって、精神障害の発病の直接の原因と考えている（ストレスとなった）出来事の右の該当欄に○印を付け、また、それらの出来事が発生した時期をそれぞれ記入してください。

仕事上の出来事	該当	出来事があった時期
業務による病気やケガをした		平成 年 月頃
悲惨な事故や災害の体験、目撃をした		平成 年 月頃
業務に関連し、重大な人身事故、重大事故を起こした		平成 年 月頃
重大な仕事上のミスをした		平成 年 月頃
会社で起きた事故、事件について、責任を問われた		平成 年 月頃
自分の関係する仕事で多額の損失等が生じた		平成 年 月頃
業務に関連し、違法行為を強要された		平成 年 月頃
達成困難なノルマが課された		平成 年 月頃
ノルマが達成できなかった		平成 年 月頃
新規事業の担当になった、会社の建て直しの担当になった		平成 年 月頃
顧客や取引先から無理な注文を受けた		平成 年 月頃
顧客や取引先からクレームを受けた		平成 年 月頃
大きな説明会や公共の場での発表を強いられた		平成 年 月頃
上司が不在になることにより、その代行を任された		平成 年 月頃
仕事内容・仕事量の変化を生じさせる出来事があった		平成 年 月頃
長時間労働を行った		平成 年 月頃
2週間以上にわたって連続勤務を行った		平成 年 月頃
勤務形態に変化があった		平成 年 月頃

仕事上の出来事	該当	出来事があった時期
仕事のペース、活動の変化があった		平成 年 月頃
退職を強要された		平成 年 月頃
配置転換があった		平成 年 月頃
転勤をした		平成 年 月頃
複数名で担当していた業務を1人で担当するようになった		平成 年 月頃
非正規社員であるとの理由等により、仕事上の差別、不利益取扱いを受けた		平成 年 月頃
自分の昇格・昇進があった		平成 年 月頃
部下が減った		平成 年 月頃
早期退職制度の対象となった		平成 年 月頃
非正規社員である自分の契約満了が迫った		平成 年 月頃
嫌がらせ、いじめ、又は暴行を受けた		平成 年 月頃
上司とのトラブルがあった		平成 年 月頃
同僚とのトラブルがあった		平成 年 月頃
部下とのトラブルがあった		平成 年 月頃
理解してくれていた人の異動があった		平成 年 月頃
上司が替わった		平成 年 月頃
同僚等の昇進・昇格があり、昇進で先を越された		平成 年 月頃
セクシュアルハラスメントを受けた		平成 年 月頃

○印を付した出来事の「具体的な内容」について詳しく記入してください。

この欄に書ききれない場合には、別紙添付してご記入ください。

仕事以外について

6 発病前6か月の間に、仕事の関係以外にあなた自身や身の回りで起きた出来事で、次の表の項目にあてはまる出来事がありましたら、その項目の右の該当欄に○印と出来事があった時期を記入してください。

自分や身の回りで起きた出来事	該当	出来事があった時期
離婚又は夫婦が別居した		平成 年 月頃
自分が重い病気やケガをしたまたは流産した		平成 年 月頃
配偶者や子供、親又は兄弟が死亡した		平成 年 月頃

自分や身の回りで起きた出来事	該当	出来事があった時期
配偶者や子供が重い病気やケガをした		平成 年 月頃
親類の誰かで世間的にまずいことをした人が出た		平成 年 月頃
多額の財産を損失した又は突然大きな支出があった		平成 年 月頃
天災や火災などにあった又は犯罪に巻き込まれた		平成 年 月頃

その他気になることがありましたら記入してください

7 今回、精神障害を発病する前の飲酒による問題や病院での治療歴について教えてください

(1) お酒が原因で会社を休んだり、病院にかかったり、その他生活に支障が出たことはありますか。

① ある (内容: ) ② ない

(2) 現在の精神障害を発病する前に、精神障害やそのほかの大きな病気またはケガで治療を受けたことがありますか。

※ ①又は②のいずれかを丸で囲み、①の場合には、病名等を記入してください。

① ある ② ない

病名	発病時期	治療期間	医療機関名
	年 月	年 月～ 年 月	
	年 月	年 月～ 年 月	
	年 月	年 月～ 年 月	
	年 月	年 月～ 年 月	

8 学歴及び職歴を教えてください。

・最終学歴

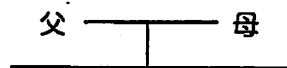
	中学校・高等学校・大学・大学院・その他( )	
	_____学部 _____学科	
	_____年 _____月 卒業・中退	

・職歴

事業場名	年 月 日～ 年 月 日	職 種
	年 月 日～ 年 月 日	
	年 月 日～ 年 月 日	
	年 月 日～ 年 月 日	
	年 月 日～ 年 月 日	

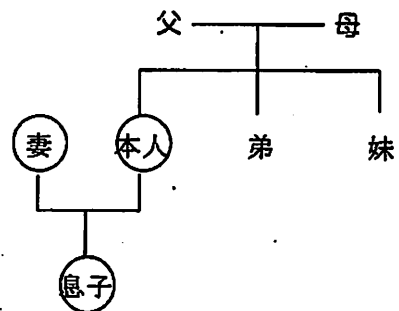
9 家族構成を教えてください。  
同居している人を○で囲んでください。

両親



本人・兄弟  
夫・妻

記入例)



子ども

10 次の資料がありますか。※①又は②のいずれかを丸で囲み、①の場合は、コピーを添付してください。

(1) 人間ドックや健康診断の記録

- ① ある      ② ない

(2) 出勤・帰宅時刻・残業時間など勤務状況を記録(メモ)していたもの(例えば手帳、日記、カレンダー、家計簿、メール)

- ① ある      ② ない

11 最後に、あなたが今回の精神障害の発病が業務に原因があると考え理由を詳しく教えてください。  
また、その他調査に当たり参考となる特記事項がありましたら記入してください。

[ ]

## 依 頼 事 項

\_\_\_\_\_に発病した精神障害に関して労災保険に請求がありましたが、業務上外の判断をする上で必要がありますので、下記事項について、ご意見を賜りますようお願いいたします。

ご多忙のところ大変恐縮ですが、\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日までにご回答くださいますようお願い申し上げます。

### 記

- 1 貴院への初診日についてご回答ください。
- 2 貴院に受診したきっかけ（来院経路等）及び初診時の主訴について、ご回答ください。
- 3 初診時における症状についてご回答ください。
- 4 疾患名とそのように診断された根拠について、ご回答ください。  
（できる限り、ICD-10の診断ガイドラインに基づきお書きください）
- 5 発病時期とそのように診断された根拠について、ご回答ください。  
（できる限り、発病時期は絞り込んでお書きください）
- 6 発病原因とそのように診断された根拠について、ご回答ください。
- 7 治療経過、投薬状況などの治療内容、現在の病状について、ご回答ください。
- 8 精神障害の既往歴について、ご存じであればご回答ください。
- 9 他の医療機関・診療科の受診の有無、有の場合はその内容について、ご存じであればご回答ください。
- 10 当署職員がこの方からの聴取を行うに当たっての制限又は留意事項があれば、ご回答ください。
- 11 精神障害が業務が原因で発病したか判断する上で参考となる事項があれば、ご回答ください。
- 12 ご意見の裏付けとなる資料等（診療録・看護記録、性格テスト、精神療法の結果、血液生化学検査等の結果、投薬状況などを記載したもの、その他治療経過に関して記載したもの）がございましたら、ご提出ください。

以上



7 治療経過、投薬状況などの治療内容、現在の病状について

8 精神障害の既往歴について

9 他の医療機関・診療科の受診の有無、有の場合はその治療（投薬等を含む）内容について

10 当署職員がこの方からの聴取を行うに当たっての制限等について

11 その他参考となる事項について

12 意見の裏付けとなる資料等別添のとおり。

以上

## 依 頼 事 項

\_\_\_\_\_に発病した精神障害に関して労災保険に請求がありましたが、業務上外の判断をする上で必要がありますので、下記のうち 1 2 3 4 ※の事項について、ご意見等を賜りますようお願いいたします。

※ 署において該当部分に○

なお、調査資料は別添のとおりであり、ご照会事項の詳細及び署の見解は「調査官意見の詳細(2)」欄(別添2頁目)に記載しております。

ご多忙のところ大変恐縮ですが、\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日までにご回答くださいますようお願い申し上げます。

### 記

- 1 対象疾病の発病の有無、疾患名及び発病時期について  
対象疾病の発病が有の場合は疾患名及び発病時期と、そのように診断された理由も併せて、ご回答ください。
- 2 業務による出来事の心理的負荷の総合評価について  
出来事ごとの心理的負荷の総合評価と、複数の出来事についての全体評価、また、そのように判断された理由も併せて、ご回答ください。
- 3 業務以外の心理的負荷及び個体側要因の評価について  
業務以外の心理的負荷又は個体側要因により発病したと判断できるか否かについて、そのように判断された理由も併せて、ご回答ください。
- 4 その他

署長		次長		課長		認調 官・ 給調 官		係長		係	
----	--	----	--	----	--	---------------------	--	----	--	---	--

計画作成(変更)年月日 \_\_\_\_\_

調査担当者 \_\_\_\_\_

[ \_\_\_\_\_ ] 事案の調査計画書 (No. \_\_\_\_\_)

請求書受付年月日		請求種別	
被災労働者氏名		生年月日	性別
疾患名〔請求時〕	疾患名： 発病日： _____ 発病時年齢 _____ 歳)		
現在の状況	<input type="checkbox"/> 生存 <input type="checkbox"/> 死亡(死亡年月日： _____ 死亡時年齢 _____ 歳)		
事業の名称			
請求の趣旨 (請求人が述べる業務災害の理由等)			
調査計画の概要			

調査計画及び実施状況

区分	調査対象	調査(依頼)予定年月	調査着手(依頼)年月日	完了年月日	備考
資料等の収集	請求人 ( )	・	・	・	手帳・日記・メモ・カレンダー等・遺書・死亡診断書
	所属事業場 ( )	・	・	・	会社概要・組織図・就業規則・各種協定届・社内履歴・人事考課・健診個人票・タイムカード等
	主治医 ( )	・	・	・	意見書・カルテ・CT, MRI, X P・脳波等の各種検査結果
	専門医 ( )	・	・	・	意見書
	産業医等 ( )	・	・	・	医証・各種情報
	健保歴等 ( )	・	・	・	健保歴・レセプト(写)
	消防署・救急隊 ( )	・	・	・	救急隊出動時の状況
	警察署(自殺の場合) ( )	・	・	・	事故状況調査記録(自殺の手段、自殺の状況等)・自殺と判断した理由・死体検案書
	取引先等(必要な場合) ( )	・	・	・	業務による出来事が取引先等に関係する場合
	( )	・	・	・	
	( )	・	・	・	
聴取	請求人 ( )	・	・	・	
	親族 ( )	・	・	・	
	親族 ( )	・	・	・	
	事業主 ( )	・	・	・	
	上司 ( )	・	・	・	
	上司 ( )	・	・	・	
	同僚 ( )	・	・	・	
	同僚 ( )	・	・	・	
	同僚 ( )	・	・	・	
	部下 ( )	・	・	・	
	部下 ( )	・	・	・	
	友人 ( )	・	・	・	
	( )				
( )					





1 列目から 14 列目

局名	労働局													
削除申請	処理経過票別	労働基準監督署名	労働者氏名	生年月日	性別	発症年月日	請求年月日	請求号	決定等年月日	更新・不更新・取下げ・開示	知分号	疾患名(請求時)	疾患名(決定時)	<標準疾患名>(決定時)

15 列目から 23 列目

<標準>業種(大)	<標準>業種(中)	<標準>業種(小)	<標準>職種(大)	<標準>職種(中)	<標準>職種(小)	精神障害・自殺	発症時年齢	事業場名

24 列目から 40 列目

労働保険番号	業種	職種	傷病名	療養給付	休業給付	障害給付	遺族給付	遺報受付	障害協働(初回)	障害協働(継続)	部会合議	本省協議	評価期間	平均時間外労働時間数	審査請求有無	審査請求日付

41 列目から 50 列目

裁量労働適用有無	処理期間	未処理状況	備考1 負荷強度 コード	備考1 医学的判断	備考2	備考3