



—治療費の請求方法等について—

目 次

	頁
はじめに.....	1
はじめにお読みください。.....	2
I 指定医療機関を受診し、治療費を支払っていないとき.....	4
【記載例】療養の給付請求書（様式第5号）.....	5
II 指定医療機関以外の医療機関を受診し、治療費を支払っていないとき.....	6
【記載例】療養補償請求書（様式第6号）…〈受領委任の場合〉.....	8
III 健康保険証（共済組合員証）を使用して受診し、自己負担分を支払ったとき.....	10
IV 治療費の全額を支払ったとき.....	12
【記載例】療養補償請求書（様式第6号）…〈本人請求の場合〉.....	14
V 療養に伴い各種の費用を負担したとき.....	16
VI 重複診療・転医.....	22
【記載例】転医届.....	24
VII 「治ゆ」したとき.....	26
【記載例】治ゆ報告書.....	28
VIII 1年6ヵ月を経過しても「治ゆ」しないとき.....	29
IX 第三者（加害者）の行為によって災害が発生したとき.....	30
X その他.....	32
1 療養補償以外の各種の補償.....	32
2 福祉事業.....	33
3 時効.....	33
4 審査請求.....	33
(参考)	
1 療養補償の請求等に必要の様式及び添付書類の書式.....	35
2 傷病等級表.....	55
3 障害等級早見表.....	56

はじめに

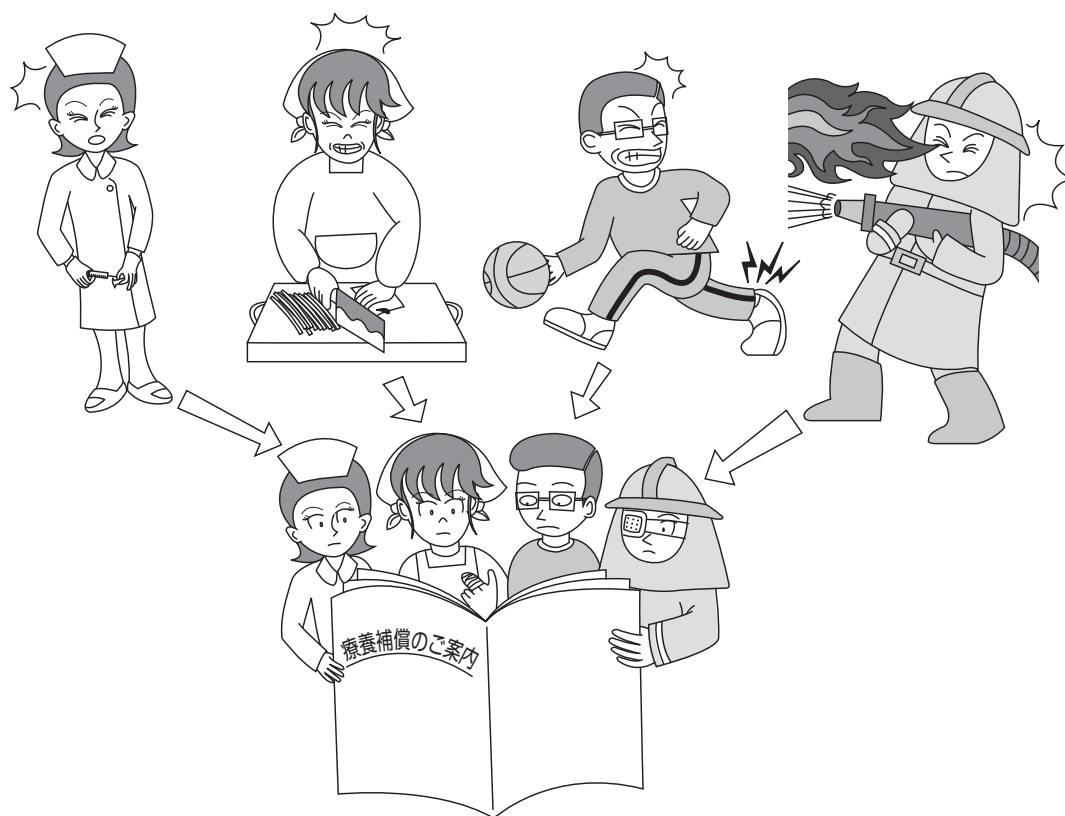
地方公務員が、公務（通勤）災害と認定された場合、地方公務員災害補償法に基づき、各種の補償を受けることができます。

しかし、これらの補償は、公務（通勤）災害と認定されただけで自動的に行われるものではなく、**被災職員の皆さんが具体的に請求手続を行って初めて補償を受けることができるものです。**

この冊子は、各種の補償のうち、被災職員の皆さんがほとんど例外なく受ける療養補償（治療費等についての補償）の請求手続を中心に説明してありますので、この冊子をよくお読みのうえ、速やかに請求手続を行ってください。

お願い

被災職員の皆さんから治療費その他の補償の実施に当たってお問い合わせをいただいた場合、この冊子によりご説明しますので、この冊子は認定通知書といっしょに大切に保管してください。



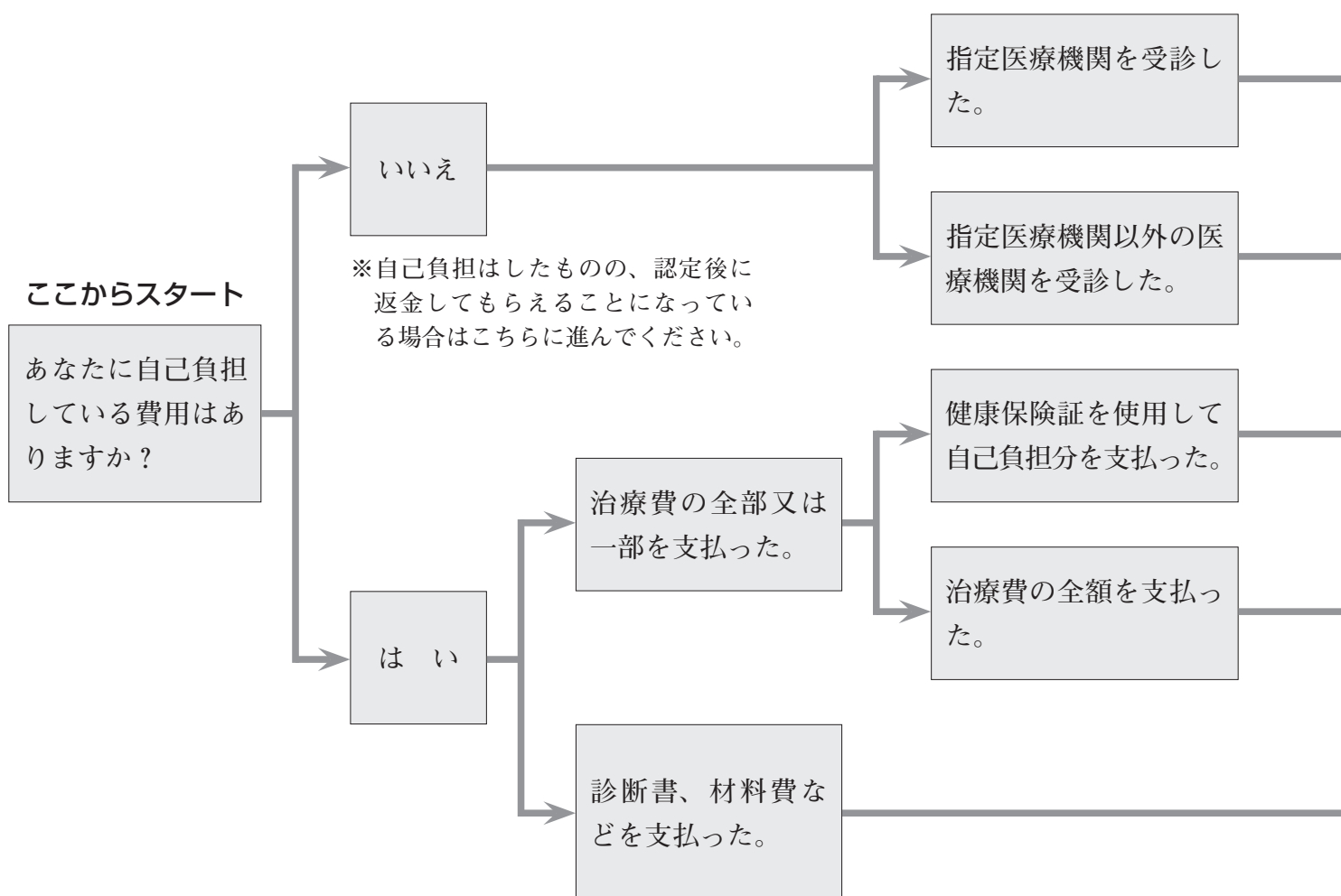
はじめにお読みください。

療養補償とは？

療養補償とは、職員が公務（通勤）により負傷し、又は疾病にかかった場合に、それが治癒するまでの期間、必要な療養を行い、又は必要な療養の費用の支給を行うことをいいます。私傷病で健康保険証（共済組合員証）を使用して受診した場合と異なり、職員の費用負担はありません。

補償を受けるには、あなた自身に請求手続きをしていただく必要があります。

下の図を参考にして、治療が終了するのを待たずに速やかに請求手続きを進めてください。



※指定医療機関とは？

公務（通勤）災害による傷病に対し、基金が直接療養の給付を行う目的であらかじめ指定した医療機関です。各任命権者へ一覧を送付しておりますので、照会してください。

請求なければ
補償なし！
あなたの治療費は
どうなっ
ていますか？

【例えばこのような補償です！】

- ・ 病院の診療費や薬局の薬剤費の支払い
- ・ 治療に必要とした補装具の購入代金の支払い
- ・ 治療のために支出した交通費の支払いなど

※ 便宜上、この冊子では、病院や診療所のほか薬局、接骨院なども含めて「医療機関」と総称し、診療費のほか薬局の薬剤費、接骨院の施術料なども含めて「治療費」と総称します。

→ 様式第5号「療養の給付請求書」を医療機関に提出していただきます。

→ P4をご覧ください。

→ 様式第6号「療養補償請求書」に必要事項を記載のうえ医療機関に提出して明細を記載してもらい、あなたから所属を通じて基金に請求していただきます。

→ P6をご覧ください。

→ 様式第6号「療養補償請求書」に必要事項を記載のうえ医療機関に提出して明細を記載してもらい、あなたから所属を通じて基金に請求していただきます。

→ P10をご覧ください。

→ 様式第6号「療養補償請求書」に必要事項を記載のうえ医療機関に提出して明細を記載してもらい、あなたから所属を通じて基金に請求していただきます。

→ P12をご覧ください。

→ 様式第6号「療養補償請求書」に必要事項を記載し、領収書を添付のうえ、あなたから所属を通じて基金に請求していただきます。

→ P16をご覧ください。

→ 治療費についても、別途スタートから確認してください。

【その他】

- 1年6ヵ月を経過しても「治ゆ」しないときは？…P29をご覧ください。
- 第三者の行為によって災害が発生したときは？…P30をご覧ください。
- 療養補償以外にどんな補償をしてもらえるの？…P32をご覧ください。

I 指定医療機関を受診し、治療費を支払っていないとき

1 説明

「指定医療機関」とは、公務（通勤）災害による傷病に対し、基金が直接療養の給付を行う目的で、あらかじめ指定した医療機関です。

あなたが受診した医療機関は指定医療機関なので、**治療費は、医療機関から直接基金に請求されます。よってあなた自身が基金に請求手続を行う必要はありません。**

2 お手元にどんな書類が届いていますか？

指定医療機関を受診されたあなたのお手元には、認定通知書といっしょに「療養の給付請求書」（様式第5号）が届いているはずです。確認してください。

3 あなたにやっていただくことは？

- (1) 受診した医療機関に認定通知書を提示（または写しを提出）し、今回の災害が公務（通勤）災害に認定されたことを明らかにしてください。

（注）認定通知書の原本は被災職員本人が保管してください。



- (2) P5の記載例を参考に「療養の給付請求書」（様式第5号）に必要事項を記入して、速やかに受診した医療機関に提出してください。（「療養の給付請求書」の様式はP36にあります。）

（注）「療養の給付請求書」は、治療が終了するのを待たずに、速やかに提出してください。書類が届いた時点で通院を終了又は転医していても、公務（通勤）災害で利用した医療機関には必ず提出してください。



- (3) あなたに診断書料などの自己負担している費用がなければ手続はこれで終わりです。

4 自己負担があるのですが…

治療費は支払っていないくても、診断書料や松葉杖の使用料などを支払っているときは、P16をご覧のうえ、基金に請求してください。

認定通知書に記載された番号を
記入してください。

医療機関に提出する日を
記入してください。

療養の給付請求書				認 定 番 号		00-0000				
地方公務員災害補償基金				請求年月日				令和00 年 0 月 0 日		
神奈川県 支部長 殿				請求者の住所				00市00町1-2-3		
下記の指定医療機関等における療養の給付を 請求します。				フリガナ 氏 名				カナガワ タロウ 神奈川 太郎		
1 被災職員に 関する事項	所属団体名			00市		フリガナ			カナガワ タロウ	
	所属部局名			00部00課		氏 名			神奈川 太郎	
	職 名			主事		☒ 常 勤 ☐ 令第1条職員			負傷又は発病の年月日 平成00 年 0 月 0 日生 (00 歳) 令和00 年 0 月 0 日	
2 療養を受けようとする 指定医療機関等	(新)	名 称	00病院							
		所在地	00市00町2-3-4							
	(旧)	名 称								
		所在地								
* 受 理		基 金 支 部								
(到達した年月日)		年 月 日								
* 決 定		年 月 日		支給 不支給		* 通 知		年 月 日		

転医した場合のみ転医
前の医療機関を記入し
てください。

- 1 請求者は、*印の欄には記入しないこと。また、該当する□にレ印を記入すること。
- 2 「2 療養を受けようとする指定医療機関等」の欄には、請求者が療養を受けようとする指定医療機関等の名称及び所在地を記入し、現在療養を受けている指定医療機関等を変更しようとする場合には、新旧の指定医療機関等の名称及び所在地を記入すること。
- 3 年月日の記載には元号を用いる。

Ⅱ 指定医療機関以外の医療機関を受診し、治療費を支払っていないとき

1 説明

あなたが受診した医療機関は指定医療機関以外の医療機関ですので、医療機関は基金に直接治療費を請求することができません。したがって、**補償の請求は、あなた自身に行っていただくことになります。**

治療費の請求をするには、あなたが治療費の全額を支払い、基金に請求する方法（「本人請求」）もありますが、この方法では一時的にせよあなたが治療費の全額を負担しなければならないので大変です。

被災職員が治療費を負担しない方法が「受領委任」です。これはあなたが治療費の受け取りを医療機関に委任する方法で、これによれば、基金への請求自体はあなた自身が行いますが、**治療費の支払いは、委任に基づき、基金から直接医療機関に行われるので、治療費を負担しなくて済みます。**

（注）指定医療機関以外の医療機関の場合、公務（通勤）災害に係る手続きが初めて、ということも少なくありません。お手続きに当たっては、本冊子を持参し、必要に応じて手続方法等を確認してもらってください。

2 お手元にどんな書類が届いていますか？

指定医療機関以外の医療機関を受診されたあなたのお手元には、認定通知書といっしょに「療養補償請求書」（様式第6号）が届いているはずです。確認してください。

（注）「療養補償請求書」（様式第6号）には診療費請求用、施術料請求用、薬剤費請求用があり、それぞれ裏面の明細欄が異なりますので注意してください。

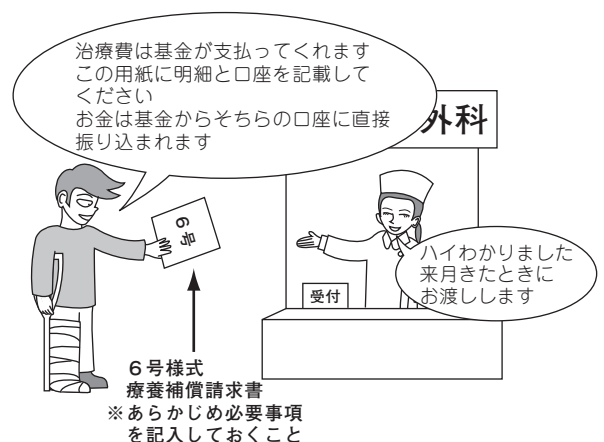
3 あなたにやっていただくことは？

- (1) 受診した医療機関に認定通知書を提示（または写しを提出）し、今回の災害が公務（通勤）災害に認定されたことを明らかにしてください。

（注）認定通知書の原本は被災職員本人が保管してください。



- (2) 治療費について、「受領委任」の方法により支払うことを医療機関に説明し、医療機関の了解を得てください。



説明例 公務（通勤）災害なので、治療費は、直接基金から医療機関に支払われるようにさせていただきます。

- (3) 医療機関の了解が得られたら、P8～9の記載例を参考に、あらかじめ必要事項を記載した「療養補償請求書」(様式第6号)を医療機関に提出し、必要事項の記載を依頼してください。

(注)「療養補償請求書」は、治療が終了してからまとめて提出するものではありません。認定がなされたら、治療が終了するのを待たずに、速やかに医療機関へ「療養補償請求書」を提出してください(通常、医療機関では、1ヶ月ごとに請求を取りまとめるので、1ヶ月ごとに1枚ずつ記名して提出する必要があります)。書類が届いた時点で通院を終了又は転医していても、公務(通勤)災害で利用した医療機関には必ず提出してください。

(注) 白紙の請求書を渡してはいけません。

(「療養補償請求書」の様式はP37～40にあります。)

説明例

費用の受領を委任しますので、表面の受任者欄に医療機関の名称と振込口座を、裏面の「診療費の請求明細」を記載して私に返却してください。明細を実際に記載しなくても、医療機関で作成する「診療報酬明細書」(レセプト)を添付してもかまいません。請求は私が所属を通じて基金に行います。治療費は後日、直接医療機関の口座に振り込まれます。

- (4) 記載してもらった「療養補償請求書」を医療機関から受け取り、所属を経由して速やかに基金に提出してください。

(注)「療養補償請求書」は、原則として1ヶ月分をまとめて記載することになっているので、通常、記載を依頼したその日のうちに受け取ることはできません。所属への送付を依頼するか、次回(翌月)の受診時に受け取るようにしてください。

(注)「療養補償請求書」は、医療機関から基金へ直送することはできません。必ず所属を経由して提出してください。



4 自己負担があるのですが…

治療費は支払っていないけれども、診断書料や松葉杖の使用料などを支払っているときは、P16をご覧ください。うえ、基金に請求してください。

〔記載例〕 受領委任（基金から医療機関に治療費等を支払う方法）の場合）

様式第6号

認定通知書に記載された番号を記入してください。

療養補償請求書

認定番号
00-0000
請求回数
第 0 回 (0 年 0 月分)
請求年月日
令和 00 年 0 月 0 日
請求者の住所
00市00町1-2-3
フリガナ
氏名
カナガワ タロウ
神奈川 太郎

1号紙

地方公務員災害補償基金
神奈川県 支部長 殿
下記の療養補償を請求します。

1
この請求書による療養補償の費用の受領を
委任者の氏名
00整形外科
神奈川 太郎
に委任します。
上記委任に基づき、この請求書による療養補償の費用の支払を請求します。
受任者の
医療機関等の名称
00整形外科
所在地
00市00町3-2-1
氏名（代表者名）
湘南 一郎

2
所属団体名
00市
フリガナ
カナガワ タロウ
氏名
神奈川 太郎
所属部局名
00部00課
(電話番号
0000-00-0000)
平成00 年 0 月 0 日生 (00 歳)
職名
主事
常勤
負傷又は発病の年月日
令和00 年 0 月 0 日
令第1条職員

3
診療費
内訳は「*10 診療費請求明細」欄記載のとおり
00,000 円
4
調剤費
内訳は「*11 調剤費請求明細」欄記載のとおり
円
5
看護料
訪問看護
内訳は「*12 訪問看護事業者の証明」欄記載のとおり
円
年 月 日から 日間
看護師の資格
有 無
円
6
移送費
交通費
から まで km
片道 往復
回
円
その他の移送費

7
上記以外の療養費
(3~6以外)
診断書料など
00,000 円
8
療養補償請求金額
(3~7の合計額)
00,000 円

9
公金受取口座を利用する
個人番号
任意の口座を指定する
金融機関名
00銀行
本店等名
00支店
口座種別
普通 当座
口座番号
0000000
口座名義人
法人機関又は役職の名称 (フリガナ)
00整形外科 (マルマルセイケイゲカ)
氏名 (フリガナ)
湘南一郎 (ショウナンイチロウ)
その他

* 受理
(到達した年月日)
所属部局
年 月 日
任命権者
年 月 日
基金支部
年 月 日
* 決定金額
円
* 通知
年 月 日
* 支払
年 月 日

医療機関に提出する日を
記入してください。
あなた(被災職員)が
記入してください。

〔注意事項〕
1 請求者は、*印の欄には記入しないこと。また、該当する□にレ印を記入すること。
2 「認定番号」の欄は、1回目の請求においては、記入する必要はないこと。
3 「1 補償費用の受領委任」の欄は、診療に当たった医師若しくは医療機関等、調剤に当たった薬剤師若しくは薬局又は訪問看護を行った訪問看護事業者に療養補償の費用の受領を委任しようとする場合にのみ記入すること。
4 「5 看護料」及び「6 移送費」については、訪問看護の場合を除き、費用の領収書又はこれに代わる証明書及び明細書を添付すること。
5 「7 上記以外の療養費（3～6以外）」の欄には、入院料に食事代を含まない場合の食料費及び「3 診療費」に含まれない療養に必要な治療材料の名称、数量及び費用を記入し、併せてその領収書及び明細書を添付すること。
6 「9 送金希望口座等」の欄は、公金受取口座への送金を希望する場合は、送金先金融機関名等の口座登録情報を記入する必要はないこと。なお、「法人機関又は役職の名称」については、個人名義の場合は記入不要であること。
7 「*10 診療費請求明細」、「*11 調剤費請求明細」又は「*12 訪問看護事業者の証明」の欄の記入に代えて同様事項を記載した医師、歯科医師若しくは柔道整復師、薬剤師又は訪問看護事業者の証明書を添付してもよいこと。
8 「診療報酬点数により計算できないもの」の欄には、金額及びその明細（例えば診断書料、入院室料差額等）を記入すること。
9 年月日の記載には元号を用いる。

※薬局、柔道整復師については、裏面はそれぞれ異なる様式となりますので、注意してください。

(一般用)

2号紙

*10 診療費請求明細				(職員氏名)			
傷病名	ア イ ウ	診療 開始日	ア イ ウ	年 年 年	月 月 月	日 日 日	
初診	時間外・休日・深夜	回	診療 期間	年 年	月 月	日から 日まで	診療 実日数
再診	再診	×	傷病の 経過				
	外来診療料	×					
	継続管理加算	×					
	外来管理加算	×					
	時間外	×					
	休日	×					
深夜	×						
指導			転帰	年 月 日			
在宅	往診	回	治癒	継続	転医	中止	死亡
	夜間	回	摘要				
	深夜・緊急	回	労災診療特掲料金を算定する場合は、この欄をご利用ください。 診療内容 金額 初診 円 再診 回 円 指導 回 円 診断書(税抜) 通 円 その他 ↳ 診断料は、年 月 日に本人へ返金済 救急医療管理加算 円 小計 円				
	住宅患者訪問診療	回					
投薬	内服	薬 剤 ×	単位	※貴院は神奈川県支部と指定医療機関の契約を締結していないため、取扱料をご計上いただくことができません。			
	屯服	薬 剤 ×	単位				
	外用	薬 剤 ×	単位				
	処方	毒 ×	回				
	調基	回					
注射	皮下筋肉内	回					
	静脈内	回					
	その他	回					
処置	薬 剤	回					
手術・麻酔	薬 剤	回					
検査	薬 剤	回					
画像診断	薬 剤	回					
その他							
入院	入院年月日	年 月 日					
	病・診・衣	入院基本料・加算					
		× 日間					
		× 日間					
		× 日間					
特定入院料・その他							
診療報酬点数表により計算できるもの		合計点数	1点単価		円		
診療報酬点数表により計算できないもの		診断書料・入院室料差額等		円			
診療費請求合計額		円					
上記の事項は事実と相違ないことを証明します。 (この欄の記入は、診療に当たった医療機関に療養補償の費用の受領を委任する場合は不要です。)							
年 月 日				診療機関の { 名称 所在地 医師の氏名			

医療機関に記載を依頼してください。

記載は不要です。

Ⅲ 健康保険証（共済組合員証）を使用して受診し、自己負担分を支払ったとき

1 説明

公務（通勤）災害の治療については、健康保険証（共済組合員証）は原則として使用できないことになっています。あなたが公務（通勤）災害の認定を受けた傷病の治療に健康保険証（共済組合員証）を使用している場合には、速やかに「公務（通勤）災害の取扱い」に切り替える手続きをしていただかなければなりません。

「公務（通勤）災害の取扱い」に切り替える場合には、次の3つの方法があり、いずれの方法によるかについては、医療機関に任されています。

(1) 初診時に遡って切り替える方法

これまでの健康保険証（共済組合員証）の取扱いを全て取り消し、初診時に遡って公務（通勤）災害の取扱いに切り替える方法です。

(2) 一定時期以降切り替える方法

例えば認定された時点など、一定時期以降の治療費についてのみ公務（通勤）災害の取扱いに切り替え、それ以前は健康保険証（共済組合員証）の取扱いのままにしておく方法です。

この方法は、現在も治療は継続しているが、過去の治療費については既に精算済みとなっているため、今後の治療費についてのみ公務（通勤）災害の取扱いに切り替えるのが便宜的である場合に行われます。

(3) 切替えを行わない方法

公務（通勤）災害の取扱いに切り替えることはせず、健康保険証（共済組合員証）の取扱いのままにしておく方法です。

この方法は、既に治療が終了し、治療費は既に精算済みであり、医療機関の事務手続上、公務（通勤）災害の取扱いに切り替えることができない場合に行われます。

2 お手元にどんな書類が届いていますか？

あなたのお手元には、認定通知書といっしょにあなたが支払った自己負担金を請求していただくための「療養補償請求書」（様式第6号）が届いているはずです。確認してください。

なお、認定されたら、初診時に遡ってあるいは一定の時期から公務（通勤）災害の取扱いに切り替えてもらえることになっている場合は、次の書類が届くことになります。

- ・ 指定医療機関を受診した場合…「療養の給付請求書」（様式第5号）
- ・ 指定医療機関以外の医療機関を受診した場合…「療養補償請求書」（様式第6号）
- ・ 自己負担金が残っている場合…「療養補償請求書」（様式第6号）

※一定の時期から公務（通勤）災害の取扱いに切り替えた場合のみ。

（注）「療養補償請求書」（様式第6号）には診療費請求用、施術料請求用、薬剤費請求用があり、それぞれ裏面の明細欄が異なりますので注意してください。

3 あなたにやっていただくことは？

まず、速やかに医療機関に認定通知書を提示（または写しを提出）して、公務（通勤）災害として認定されたことを告げ、治療費の取扱いについて確認したうえで、それぞれの方法に応じて、以下により速やかに請求手続を行ってください。

(1) 初診時に遡って切り替えてもらえるとき

この場合、初診時に遡って公務（通勤）災害の取扱いに切り替えるため、治療費の請求方法は、治療費を支払っていない場合と同じです。受診した医療機関が基金の「指定医療機関」であるか「指定医療機関以外の医療機関」であるかにより、P4又はP6～7を参考に、速やかに請求手続を行ってください。

領収書（レシート）を医療機関に提出し、これまでに支払った自己負担分を返金してもらってください。

（初診時から公務災害に切り替えるとき）



(2) 一定の時期から切り替えてもらえるとき

この場合、例えば認定された時点など、一定時期以降の治療費についてのみ公務（通勤）災害の取扱いに切り替え、それ以前は健康保険証（共済組合員証）の取扱いのままにしておくことになります。

（途中から公務災害に切り替えるとき）



ア 切り替えた後の治療費の請求方法

公務（通勤）災害の取扱いに切り替えた後の治療費の請求方法は、治療費を支払っていない場合と同じです。受診した医療機関が「指定医療機関」であるか「指定医療機関以外の医療機関」であるかにより、P4又はP6～7を参考に、速やかに請求手続を行ってください。

領収書（レシート）を医療機関に提出し、切り替えた後の期間に係る自己負担分を返金してもらってください。



医療機関に明細を記載してもらった
6号様式

イ 切り替える前の治療費の請求方法

公務（通勤）災害の取扱いに切り替える前については、健康保険証（共済組合員証）の取扱いのままになっていますので、**あなたが医療機関に支払った自己負担分については、次のとおり「本人請求」の方法により請求してください。**



【本人請求の方法】

- ① 診察を受けた際に必ず領収書（レシートでも可）を受領してください。
- ② P14～15の記載例を参考に、「療養補償請求書」（様式第6号）に必要事項を記載したうえで、医療機関に提出し、裏面の診療費請求明細の欄の記載を依頼してください。
なお、裏面の診療費請求明細の欄については、直接記載しなくても、医療機関が作成する「診療報酬明細書」（レセプト）の写しを添付していただいても結構ですので、医療機関の手間を省くためにも、その旨伝えてください。
- ③ **医療機関に裏面を記載（レセプトの写しを添付）してもらった「療養補償請求書」を受け取り、領収書（レシート）を添付して、所属を經由して速やかに基金に提出してください。**
- ④ 自己負担した費用があなたの口座に直接振り込まれます。

（注）「療養補償請求書」は、治療が終了してからまとめて提出するものではありません。認定がなされたら、治療が終了するのを待たずに、速やかに医療機関へ「療養補償請求書」を提出し、それまでの分の治療費について、上記の記載を受けてください。また、その後の治療費についても、毎月、前月分の記載を受け、毎月請求するようにお願いします。

(3) 切替えを行わないとき

この場合、公務（通勤）災害の取扱いに切り替えないで健康保険証（共済組合員証）の取扱いのままにしておくことになりますので、**あなたが医療機関に支払った自己負担分については、上記の「本人請求」の方法により請求してください。**

なお、健康保険証（共済組合員証）の取扱いのままとなった期間の自己負担分以外の費用については、基金が共済組合と直接手続きをしますので、被災職員にさせていただく手続きはありません。

Ⅳ 治療費の全額を支払ったとき

1 説明

あなたが初診時に公務（通勤）災害であることを告げずに受診し、かつ、健康保険証（共済組合員証）を持参しなかったような場合、治療費全額を請求されることがあります。また、初診時に公務（通勤）災害であることを告げても、医療機関によっては、「認定されるまでは全額を支払ってほしい。」と治療費全額を請求されることがあります。

自己負担した治療費は、「本人請求」の方法により請求していただくことになりますが、医療機関によっては、初診時に遡って公務（通勤）災害の取扱いに切り替えてくれることがあります。

2 お手元にどんな書類が届いていますか？

あなたのお手元には、認定通知書といっしょにあなたが支払った治療費全額を請求していただくための「療養補償請求書」（様式第6号）が届いているはずです。確認してください。

なお、認定されたら、初診時に遡って公務（通勤）災害の取扱いに切り替えてもらえることになっている場合は、次の書類が届くことになります。

・指定医療機関を受診した場合…「療養の給付請求書」（様式第5号）

・指定医療機関以外の医療機関を受診した場合…「療養補償請求書」(様式第6号)

(注)「療養補償請求書」(様式第6号)には診療費請求用、施術料請求用、薬剤費請求用があり、それぞれ裏面の明細欄が異なりますので注意してください。

3 あなたにやっていただくことは？

認定されたら、直ちに医療機関に認定通知書を提示(または写しを提出)して、今回の災害が公務(通勤)災害として認定されたことを告げ、治療費の取扱いについて確認したうえで、それぞれの方法に応じて、以下により速やかに請求手続を行ってください。

(1) 初診時に遡って切り替えてもらえるとき

この場合、初診時に遡って公務(通勤)災害の取扱いに切り替えるため、治療費の請求方法は、治療費を支払っていない場合と同じです。受診した医療機関が基金の「指定医療機関」であるか「指定医療機関以外の医療機関」であるかにより、P4又はP6～7を参考に、速やかに請求手続を行ってください。

領収書(レシート)を医療機関に提出し、支払った自己負担分を返金してもらってください。

(初診時から公務災害に切り替えるとき)



(2) 公務(通勤)災害の取扱いに切り替えない場合

自己負担した治療費全額については、「本人請求」の方法により請求していただくことになります。P12の【本人請求の方法】と同様の方法で、基金に請求してください。

※公金受取口座において、公務災害の補償等を受け取ることが可能となりました。療養補償請求書に公金受取口座を指定し、個人番号を記入した場合は、提出時に所属団体において本人確認(番号確認と身元確認)を行ってもらってください。所属団体におかれましては、確認した日付と確認した旨を請求書余白にご記載くださるようお願いいたします。

(切替えを行わないとき)



4 自己負担があるのですが…

診断書料や松葉杖の使用料などを支払っているときは、P16をご覧ください、基金に請求してください。

様式第 6 号

療養補償請求書

認定番号
00-0000
請求回数
第 0 回 (0 年 0 月分)

1 号紙

認定通知書に記載された番号
を記入してください。

所属の担当者に提出する
日を記入してください。

記載は不要です。

あなたの(被災職員)の口座を記入してください。なお、公金受
取口座を指定し、個人番号を記入した場合は、記入不要です。

地方公務員災害補償基金		請求年月日		令和 00 年 0 月 0 日	
神奈川県 支部長 殿		請求者の住所		00市00町1-2-3	
下記の療養補償を請求します。		フリガナ 氏 名		カナガワ タロウ 神奈川 太郎	
1 受補償 費用の 委任	この請求書による療養補償の費用の受領を _____ に委任します。 委任者の氏名				
	上記委任に基づき、この請求書による療養補償の費用の支払を請求します。 受任者の { 医療機関等の名称 _____ 所 在 地 _____ 氏名 (代表者名) _____				
2 関係する 災害 職員の 事項	所属団体名		フリガナ		
	00市		カナガワ タロウ		
	所属部局名		氏 名		
00部00課		神奈川 太郎			
(電話番号 0000-00-0000)		平成00 年 0 月 0 日生 (00 歳)			
職 名		主事			
☒ 常 勤		負傷又は発病の年月日			
☐ 令第1条職員		令和00 年 0 月 0 日			
3 診 療 費	内訳は「*10 診療費請求明細」欄記載のとおり		00,000 円		
4 調 剤 費	内訳は「*11 調剤費請求明細」欄記載のとおり		円		
5 看 護 料	☐ 訪問看護 内訳は「*12 訪問看護事業者の証明」欄記載のとおり		円		
	年 月 日から 日間 年 月 日まで		看護師の資格 ☐ 有 ☐ 無		
6 移 送 費	☐ 交通費		☐ 片道		
	から まで km		☐ 往復		
☐ その他の移送費		円			
7 上記以外の療養費 (3～6以外)	診断書料、補装具費など 00,000 円		8 療養補償請求金額 (3～7の合計額)	00,000 円	
9 送金希望 口座等	☐ 公金受取口座を利用する				
	個人番号				
	☒ 任意の口座を指定する				
金融機関名		00銀行			本支店等名
口座種別		☒ 普通 ☐ 当座			口座番号
口座名義人		法人機関又は役職の名称 (フリガナ)			0000000
氏名 (フリガナ)		神奈川太郎 (カナガワタロウ)			
☐ その他					
* 受 理	所 属 部 局		任 命 権 者		基 金 支 部
(到達した日)月日	年 月 日		年 月 日		年 月 日
* 決 定 金 額	円	* 通 知	年 月 日	* 支 払	年 月 日

〔注意事項〕

1 請求者は、*印の欄には記入しないこと。また、該当する□にレ印を記入すること。

2 「認定番号」の欄は、1回目の請求においては、記入する必要はないこと。

3 「1 補償費用の受領委任」の欄は、診療に当たった医師若しくは医療機関等、調剤に当たった薬剤師若しくは薬局又は訪問看護を行った訪問看護事業者に療養補償の費用の受領を委任しようとする場合にのみ記入すること。

4 「5 看護料」及び「6 移送費」については、訪問看護の場合を除き、費用の領収書又はこれに代わる証明書及び明細書を添付すること。

5 「7 上記以外の療養費 (3～6以外)」の欄には、入院料に食事代を含まない場合の食料料及び「3 診療費」に含まれない療養に必要な治療材料の名称、数量及び費用を記入し、併せてその領収書及び明細書を添付すること。

6 「9 送金希望口座等」の欄は、公金受取口座への送金を希望する場合は、送金先金融機関名等の口座登録情報を記入する必要はないこと。なお、「法人機関又は役職の名称」については、個人名義の場合は記入不要であること。

7 「*10 診療費請求明細」、「*11 調剤費請求明細」又は「*12 訪問看護事業者の証明」の欄の記入に代えて同様事項を記載した医師、歯科医師若しくは柔道整復師、薬剤師又は訪問看護事業者の証明書を添付してもよいこと。

8 「診療報酬点数により計算できないもの」の欄には、金額及びその明細 (例えば診断書料、入院室料差額等) を記入すること。

9 年月日の記載には元号を用いる。

※薬局、柔道整復師については、裏面はそれぞれ異なる様式となりますので、注意してください。

(一般用)

2号紙

*10 診療費請求明細				(職員氏名)				
傷病名	ア イ ウ			診療開始日	ア イ ウ 年 年 年 月 月 月 日 日 日			
初診	時間外・休日・深夜	回	点	診療期間	年 年 年 月 月 月 日から 日まで	診療 実日数	日	
再診	再診	×	回	傷病の経過				
	外来診療料	×	回					
	継続管理加算	×	回					
	外来管理加算	×	回					
	時間外	×	回					
	休日	×	回					
	深夜	×	回					
指導				転帰	年 月 日			
在宅	往診		回	治癒	継続	転医	中止	
	夜間		回	死亡				
	深夜・緊急		回	摘要				
	在宅患者訪問診療		回	労災診療特掲料金を算定する場合は、この欄をご利用ください。				
投薬	その他		回	診療内容				
	薬剤		回	金額				
	内服	×	単位	初診	円			
	再診	回	単位	再診	円			
	指導	回	単位	指導	円			
外用	×	単位	診断書(税抜)	通	円			
処方	×	回	診断料は、	年	月	日に本人へ返金済		
麻毒	×	回	救急医療管理加算	円				
調基	×	回	その他					
注射	皮下筋肉内		回	小計				
	静脈内		回	円				
	その他		回					
処置	薬剤		回	※貴院は神奈川県支部と指定医療機関の契約を締結していないため、取扱料をご計上いただくことができません。				
手術・麻酔	薬剤		回	※あなた(被災職員)が治療費を支払ったことを示す領収書(レシート)を、余白又は別紙に貼付してください。				
検査	薬剤		回					
画像診断	薬剤		回					
その他								
入院	入院年月日	年 月 日		食事	基準	円	×	日間
	病・診・衣	入院基本料・加算	円		×	日間		
		×	日間		円	×	日間	
		×	日間		円	×	日間	
		×	日間		円	×	日間	
特定入院料・その他								
診療報酬点数表により計算できるもの			合計点数	1点単価		円		
診療報酬点数表により計算できないもの			診断書料・入院室料差額等			円		
診療費請求合計額							円	
上記の事項は事実と相違ないことを証明します。 (この欄の記入は、診療に当たった医療機関に療養補償の費用の受領を委任する場合は不要です。)								
年 月 日				診療機関の	名称	〇〇整形外科		
					所在地	〇〇市〇〇町3-2-1		
					医師の氏名	湘南一郎		

医療機関に記載証明を依頼してください。

V 療養に伴い各種の費用を負担したとき

1 説明

療養の実施に伴いあなたが費用を負担した場合は、基金に請求することができますが、補償の対象となるのは、医学上又は社会通念上必要かつ相当と認められるものに限られ、**療養に要した費用全てが基金から支払われるわけではありません。支給要件に該当しないものは自己負担となりますので、注意してください。**

2 支給要件と請求手続

請求に当たっては、P14の記載例を参考に、「療養補償請求書」（様式第6号）に必要事項を記載し、領収書（レシートでも可）と負担した費用の内容に応じた証明書を添付して「**本人請求**」の方法により、**所属を経由して請求してください。**（「療養補償請求書」の様式はP37～40にあります。）

個々の費用の具体的な支給要件及び請求手続は次のとおりです。

(1) 治療費

医師による診察、検査等で治療上必要なものは認められますが、現在の医学水準から見て、診療と直接関係のないような検査や、最先端医療などで現在のところ医学的な効果が明らかになっていないような治療は補償の対象とは認められません。

請求手続は、P11の3の(2)のイ又はP13の3の(2)を参照してください。

(2) 診断書料

診断書料その他の文書料は、基金において補償の実施上必要とした文書（診断書については認定請求書に添付した1通分）のみ認められ、**療養休暇のために所属に提出する診断書や保険会社への請求など他の目的に使用する文書の費用は補償の対象とは認められません。**

認定請求に
使ったものは



診断書
骨折
○月○日初診
1ヶ月の休業
加療を要す

療養休暇の
ためのものは



診断書
骨折
なお1ヶ月の
休業を要す

請求に当たっては、「療養補償請求書」（様式第6号）に何の文書料の請求なのか具体的な内容と金額を記入して、領収書（レシートでも可）を添付してください。**医療機関の証明は不要です。**

(3) 薬剤費

医療機関から支給された薬剤や処方せんにより薬局で受け取った薬剤のみ認められ、自らの意思で薬局等で購入した薬剤は補償の対象とは認められません。



請求手続きは、P 11の3の(2)のイ又はP 13の3の(2)を参照し、薬剤費請求用の「療養補償請求書」(様式第6号)を使用してください。

(4) 治療材料代

医師が治療上必要と認めたもの(手術用針、ガーゼ、包帯など)のみ認められ、自らの意思で購入した物品や日常生活で一般に必要とされる用品類(タオル、洗面用具、体温計、寝間着など)は補償の対象とは認められません。

請求に当たっては、「療養補償請求書」(様式第6号)に何の費用の請求なのか具体的な内訳と金額を記入して、領収書(レシートでも可)を添付してください。医師の証明は不要です。

(5) 柔道整復師(接骨院、整骨院等)による施術料

打撲、捻挫に対する施術は療養補償の対象となりますが、脱臼又は骨折に対する施術は、応急手当の場合を除き、医師の同意を得たもので、医学的な必要性が認められるものでなければ補償の対象とは認められません。

請求手続きは、P 11の3の(2)のイ又はP 13の3の(2)を参照し、施術料請求用の「療養補償請求書」(様式第6号)を使用してください。

(注) カイロプラクティック(脊椎矯正術)は、補償の対象とは認められないので注意してください。



(6) 補装具料

患部の固定や負荷軽減のために、医師の指示によりコルセット、松葉杖、足底板等を使用した場合は、補償の対象となりますが、**自らの意思で購入したものは補償の対象とは認められません。**

請求に当たっては、「療養補償請求書」（様式第6号）に領収書（レシートでも可）及び**補装具を必要とした具体的理由を医師が記載した「補装具証明書」（様式はP46にあります。）又は診断書**を添付してください。

なお、**松葉杖の使用料については、医師の証明は不要です。**ただし、1日の貸出単価及び使用期間を明記してください。

(7) 歯科補てつ料

歯科補てつに使用する材質は、原則として健康保険の基準によりますが、歯科医師が医学上の理由から健康保険の基準を超える材質（例えばメタルボンド、ポーセレンなど）を使用する必要を認めた場合に限り、健康保険の基準を超える材質の使用についても補償の対象となります。**単に装着した時に自然に見えるといった審美的な理由によるものは補償の対象とは認められません。**



請求に当たっては、「療養補償請求書」（様式第6号）に領収書（レシートでも可）及び**健康保険の基準を超える材質を必要とした具体的理由を歯科医師が記載した「歯科補てつ保険外治療証明書」（様式はP47にあります。）又は診断書**を添付してください。

【保険外治療が認められる例】

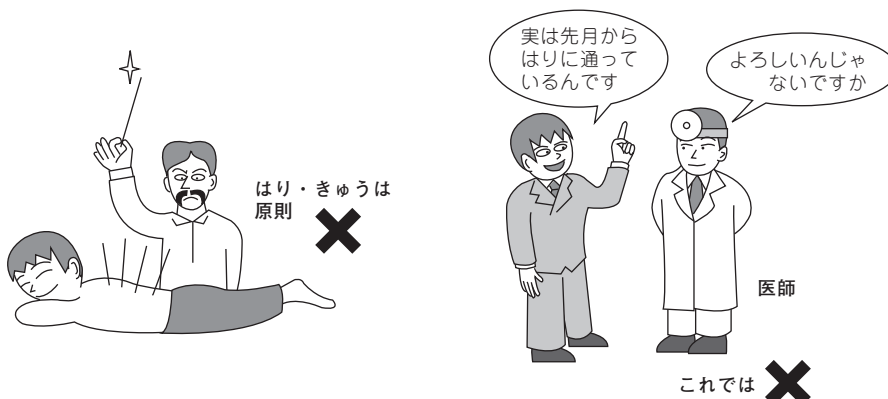
破折した歯が前歯であり、年齢も若いため、健康保険基準の材質では強度及び耐久性が不十分であるため、歯科医師が必要と認めて健康保険の基準を超える材質を使用した場合

(8) マッサージ、はり、きゅうの施術料

鍼灸院等において行ったマッサージ、はり、きゅうの施術料は、原則として補償の対象とは認められません。ただし、医師が治療上必要と認めた場合に限り、補償の対象となります。

請求に当たっては、「療養補償請求書」（様式第6号）に領収書（レシートでも可）及び**マッサージ等を必要とした具体的理由を医師が記載した「マッサージ・はり・きゅう等施術同意書」（様式はP48にあります。）又は診断書**を添付してください。

なお、受診している病院、診療所等において施術が行われた場合は、同意書の添付は不要です。



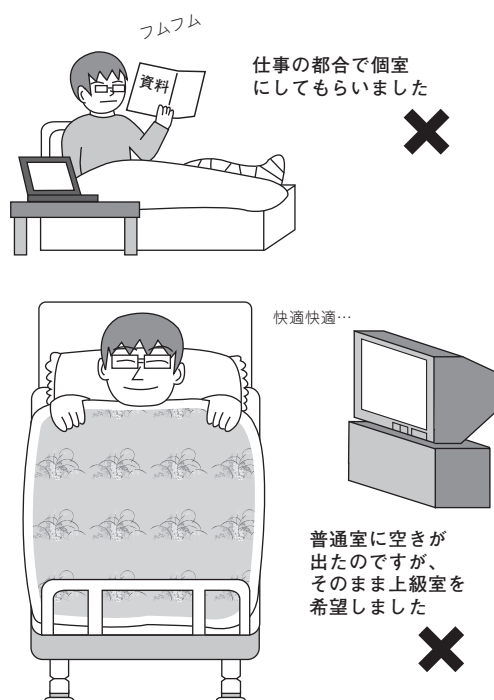
(9) 入院室料差額

個室又は上級室の入院室料差額（いわゆる差額ベッド代）は、原則として補償の対象とは認められません。ただし、次のいずれかの要件に該当する場合又はその他特別な事情が認められる場合に限り、その条件の存する期間、補償の対象となります。

- ア 傷病の状態が重篤で、他の患者から隔離しなければ適切な治療を行うことができないと医師が認め、医師の指示により上級室に入室した場合
- イ 傷病の状態から、他の患者から隔離しなければ他の患者の療養を著しく妨げると医師が認め、医師の指示により上級室に入室した場合
- ウ 普通室が満床で、かつ、緊急入院の必要があると医師が認め、医師の指示により上級室に入室した場合

本人の希望で個室又は上級室に入室した場合の室料差額は全て自己負担となりますので、注意してください。

請求に当たっては、「療養補償請求書」（様式第6号）に領収書（レシートでも可）及び個室又は上級室の使用を必要とした具体的理由、期間を医師が記載した「入院室料差額証明書」（様式はP49にあります。）又は診断書を添付してください。



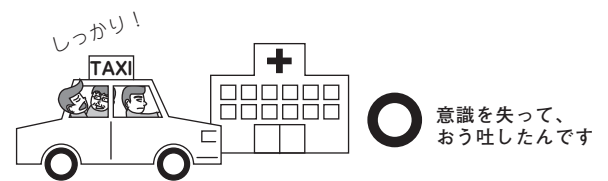
(10) 移送費

医療機関への通院のための交通費は、電車、バス等の一般的な交通機関を利用した場合に、社会通念上妥当と認められる額の範囲内で実際に支払った運賃の額が認められます（原則IC運賃での支給となります。通勤手当の支給と重複する区間の同一交通機関による通院は、費用がかからないため、移送費は補償の対象とは認められません。また、重複診療や恣意的転医（P 22～23参照）により補償の対象とは認められない診療に係る移送費も補償の対象とは認められません。）。

このため、**タクシー、ハイヤーの利用は、原則として補償の対象とは認められません。**ただし、次のような正当な理由があると認められる場合には、例外的に認められます。

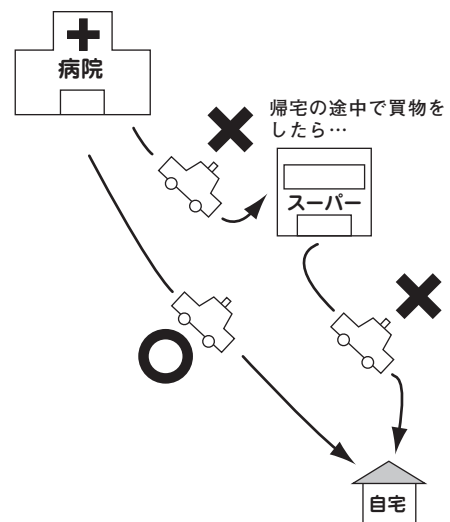
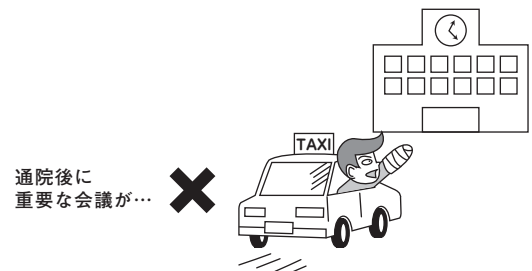
ア 傷病の部位及び程度、通院距離から見て、電車、バス等の一般的な交通機関の利用が不可能であると認められる場合

例 大腿骨骨折のためギプス固定しており、かつ、松葉杖を使用しなければ歩行できない状態にあり、電車、バス等の一般的な交通機関の利用による通院が著しく困難であるため、医師の指示によりタクシーを利用した場合



イ 災害発生時、傷病の状態が重篤で、医師による緊急加療が必要であり、かつ、電車、バス等の一般的な交通機関の利用が困難であると認められる場合

例 頭部を強打して意識を失い、嘔吐したので、医師による緊急加療が必要なため、タクシーを利用した場合



請求に当たっては、「療養補償請求書」（様式第6号）に領収書（レシートでも可。電車、バスの運賃については不要です。）及び次の書類を添付してください。

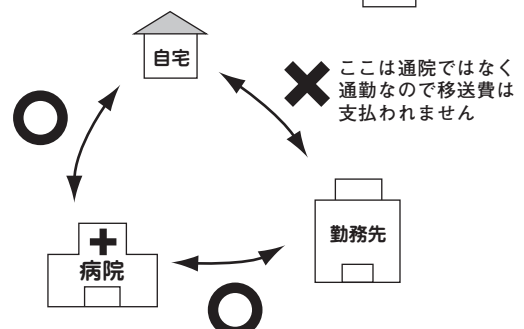
① 移送費証明書

通院日、交通機関の利用料金等を記載し、所属長の証明が必要です。タクシーを利用した場合は、タクシーを利用しなければならなかった具体的理由、期間を記載した医師の証明が必要になります。

（様式はP 50～52にあります。）

② 通院・通勤経路図

市販の地図又はパソコン等で出力した地図に経路を明示したもの。手書きの地図や略図は認められません。



③ 通勤届・通勤手当認定簿の写し

④ 請求の期間に係る出勤簿の写し

3 治療費等を請求する場合の添付資料

特別な費用	添付書類	添付書類の内容
(1)治療費	○領収書（レシートでも可）	
(2)診断書料等	○領収書（レシートでも可）	
(3)薬剤費	○領収書（レシートでも可）	
(4)治療材料代	○領収書（レシートでも可）	
(5)柔道整復師による施術料	○領収書（レシートでも可）	
(6)補装具料	○補装具証明書（又は診断書） ○領収書（レシートでも可）	補装具、治療材料を必要とした具体的理由等を記載した医師の証明書又は診断書
(7)歯科補てつ料	○歯科補てつ保険外治療証明書（又は診断書） ○領収書（レシートでも可）	健康保険の基準を超える材質を必要とした具体的理由等を記載した医師の証明書又は診断書
(8)マッサージ・はり・きゅうの施術料	○マッサージ・はり・きゅう等施術同意書（又は診断書） ○領収書（レシートでも可）	マッサージ等を必要とした具体的理由、予定期間等を記載した医師の同意書又は診断書
(9)入院室料差額	○入院室料差額証明書 ○領収書（レシートでも可）	個室又は上級室の使用を必要とした具体的理由、期間等を記載した医師の証明書
(10)通院のための交通費（移送費） ※原則、片道2km未満の通院の場合は、補償の対象外です。	○移送費証明書 ○通院・通勤経路図 ○通勤届及び通勤手当認定簿の写し ○請求の期間に係る出勤簿の写し ○領収書（タクシー利用の場合）	・通院日、交通機関の利用料金等を記載した所属長等の証明書 ・市販の地図（写し）に通院、通勤経路を明示したもの

※領収書又はレシートは、必ず原本を添付してください。なお、領収書又はレシートの原本を紛失した場合は、原則基金からの補償の対象外となります。

Ⅵ 重複診療・転医

公務災害では、原則として通院又は入院に便利な自宅又は勤務場所の近くの1ヵ所の医療機関を受診していただきます。また、治療を受けている医療機関を変更した場合は、基金に届け出る必要があります。

1 重複診療とは？

同一の傷病に対して重複して数ヵ所の医療機関で治療を受けることを「重複診療」といいます。

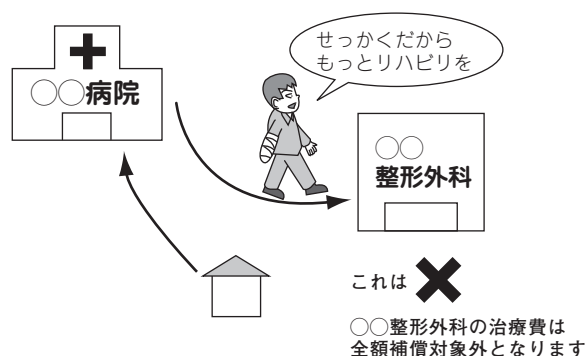
重複診療は、原則として必要な療養とは認められません。重複した治療費は補償対象とならず、自己負担となりますので、注意してください。

(1) 重複診療に該当する例

ア 骨折の治療のためA病院に通院していたが、知人の勧めにより、同時期にB病院で同じ骨折の治療を受けた場合（B病院での治療費は補償対象とはなりません。）

イ C病院で膝の治療を受け、経過観察の段階まで回復したが、C病院の主治医の指示もなく、自己の判断によりD病院でリハビリを開始した場合（D病院での治療費は補償対象とはなりません。）

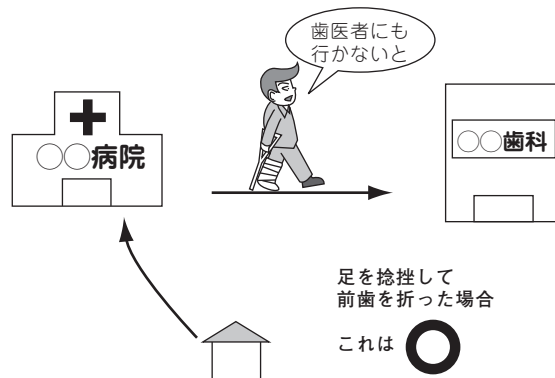
ウ E整形外科で腰の治療を行いながら、自己の判断によりF接骨院でも施術を受けた場合（F接骨院での施術費は補償対象とはなりません。）



(2) 重複診療には該当しない例

ア 足を捻挫すると同時に歯も損傷したため、G整形外科に通院しながらH歯科医院において歯の治療も並行して行った場合

イ 受診している医療機関の主治医の指示で、他の医療機関でMRIなどの検査を受けた場合



2 転医とは？

治療を受けている医療機関を変更することを「転医」といいます。

転医すること自体に制限はありませんが、医師の指示による場合や治療上必要な場合以外は妥当な転医とは認められません。妥当な理由なく転医した場合は、転医前の医療機関で行った治療と重複する費用（例えば初診料、検査料など）や転医のための交通費などは補償の対象とならず、自己負担となりますので、注意してください。

転医した場合は、その理由に関係なく、必ず「転医届」を所属を經由して速やかに基金に提出して

ください。ただし、認定請求時に「医療機関受診報告書」により転医の状況を報告してある場合は、改めて「転医届」を提出する必要はありません。

(転医届の記載例はP24～25を参照。様式はP41～42にあります。)

転医した場合も、補償を受けるためには、初診と同様の請求手続が必要です。転医後の医療機関が「指定医療機関」であるか「指定医療機関以外の医療機関」であるかにより、それぞれ必要な手続を速やかに行ってください。

(1) 妥当な転医と認められる例

ア 出張先で足を捻挫し、最寄りのA整形外科で応急処置を受けた後に、自宅に近く、通院に便利なB整形外科に転医した場合

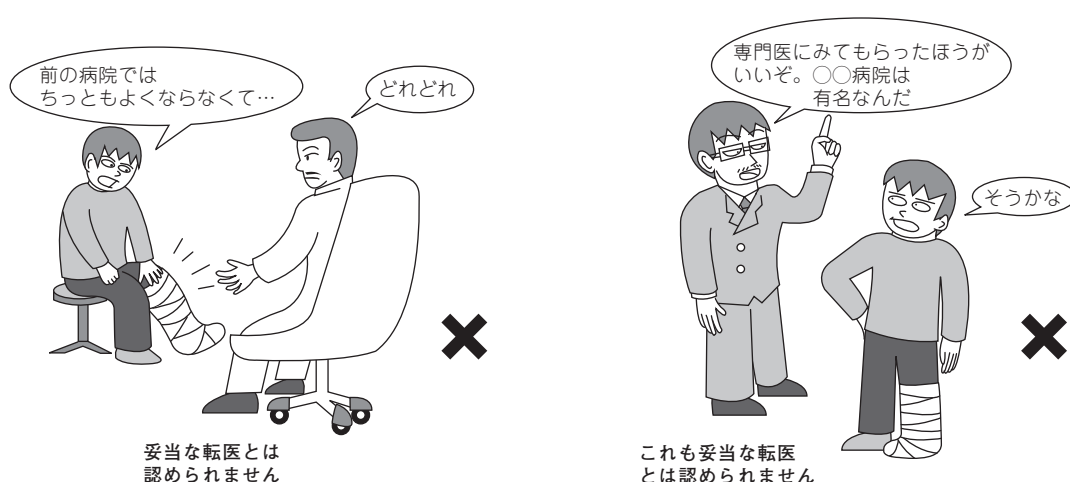
イ 療養のため、休業して実家近くのC病院に入院していたが、復職後、勤務場所に近く、通院に便利なD整形外科に転医した場合

ウ 腕を骨折してE整形外科を受診したところ、医師が入院・手術の必要を認め、医師の指示により入院設備のあるF病院に転医した場合

(2) 妥当な転医とは認められない例

ア G整形外科で膝の治療を受けていたが、経過が思わしくないので不安になり、専門医の治療を受けるために、自己の判断により、遠方のH病院に転医した場合

イ I 整形外科で膝の治療を受けていたが、治療方法について別の医師の意見を聞くため(セカンドオピニオン)、自己の判断により、J病院に転医した場合



転 医 届			認定番号	〇〇-〇〇〇〇	
被災職員	所 属	〇〇部〇〇課		氏 名	神奈川太郎
転 医 前 の 医 療 機 関	医療 名 称	〇〇病院		初診年月日	令和 〇 年 〇 月 〇 日
	機関 所在地	〇〇市〇〇2-3-4		電 話	0000(00)0000
	公務（通勤）災害 の告知の有無	医療機関に公務（通勤）による災害であることを ☒ 告げた。 ☐ 告げていない。			
	診 断 書 の 発 行	☒ 発行してもらった。（ 1 通）—— 診断書料を ☐ 支払った。 ☐ 発行してもらわなかった。 ☒ 支払わなかった。			
	薬	☐ 医療機関で受け取った。	薬局名	〇〇薬局	
		☒ 処方せんにより、薬局で受けとった。	所在地	〇〇市〇〇2-1-2	
		☐ 薬なし。	電 話	0000(00)0000	
	治 療 費	☒ 支払っていない。	薬 剤 費	☐ 支払っていない。	
		☐ 全額を支払った。（健康保険証（共済組合員証）は使用しなかった。） —— 認定後の返金は（ ☐ 可 ☐ 不可） ☐ 健康保険証（共済組合員証）を使用して自己負担分を支払った。 —— 認定後の返金は（ ☐ 可 ☐ 不可） ☐ 預かり金を支払った。（ 円） ☐ そ の 他（ ）		☒ 全額を支払った。（健康保険証（共済組合員証）は使用しなかった。） —— 認定後の返金は（ ☒ 可 ☐ 不可） ☐ 健康保険証（共済組合員証）を使用して自己負担分を支払った。 —— 認定後の返金は（ ☐ 可 ☐ 不可） ☐ 預かり金を支払った。（ 円） ☐ そ の 他（ ）	
	転 医 後 の 医 療 機 関	医療 名 称	〇〇大学病院		初診年月日
機関 所在地		〇〇市〇〇町3-1-2		電 話	0000(00)0000
公務（通勤）災害 の告知の有無		医療機関に公務（通勤）による災害であることを ☒ 告げた。 ☐ 告げていない。			
診 断 書 の 発 行		☐ 発行してもらった。（ 通）—— 診断書料を ☐ 支払った。 ☒ 発行してもらわなかった。 ☐ 支払わなかった。			
薬		☒ 医療機関で受け取った。	薬局名		
		☐ 処方せんにより、薬局で受けとった。	所在地		
		☐ 薬なし。	電 話	（ ）	
治 療 費		☒ 支払っていない。	薬 剤 費	☐ 支払っていない。	
		☐ 全額を支払った。（健康保険証（共済組合員証）は使用しなかった。） —— 認定後の返金は（ ☐ 可 ☐ 不可） ☐ 健康保険証（共済組合員証）を使用して自己負担分を支払った。 —— 認定後の返金は（ ☐ 可 ☐ 不可） ☐ 預かり金を支払った。（ 円） ☐ そ の 他（ ）		☐ 全額を支払った。（健康保険証（共済組合員証）は使用しなかった。） —— 認定後の返金は（ ☐ 可 ☐ 不可） ☐ 健康保険証（共済組合員証）を使用して自己負担分を支払った。 —— 認定後の返金は（ ☐ 可 ☐ 不可） ☐ 預かり金を支払った。（ 円） ☐ そ の 他（ ）	

転医の理由（医師の指示により転医した場合には医師が記入のこと）

〔記載例 1－医師の指示によらない場合〕

**〇〇病院は、勤務場所から遠いため、勤務しながらの
通院に便利な勤務場所近くの〇〇大学病院に転医しました。**

通院の利便性等医師の指示によらない転医の場合は、あなた（被災職員）が記入してください。

〔記載例 2－医師の指示による場合〕

被災状況からMRI検査の必要を認め、
設備のある〇〇大学病院での検査を指示した。
なお、検査後の治療は引き続き当院にて継続する。

医療機関に記載証明を依頼してください。

医師の証明（医師の指示により転医した場合のみ）

上記の理由により 〇〇大学病院 へ転医させたことを証明します。

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

医療機関の { 所在地 〇〇市〇〇町²⁻³⁻⁴
名 称 〇〇病院
医師の氏名 山 川 海

（注1） 転医した場合には、すみやかに（原則として1週間以内）、この転医届を、所属、任命権者の公務災害担当課を経由して、基金支部に必ず提出してください。

（注2） 転医後の医療機関が、基金の「指定医療機関」である場合には、初診の際又はその後すみやかに、「療養の給付請求書」（様式第5号）を当該指定医療機関に提出し、「公務（通勤）災害の取扱い」を依頼してください。

（注3） 医師の指示によらずに転医するなど、「妥当な理由がなく転医した場合」には、転医前の医療機関で行った治療と重複する費用や転医のための交通費が補償されず自己負担となりますので、注意してください。

Ⅶ 「治ゆ」したとき

1 「治ゆ」とは？

療養補償は、傷病が治ゆした時点で終了します。

通常、治ゆとは社会通念上の「完全治ゆ」を意味しますが、**公務災害制度においては、「完全治ゆ」以外にも、「症状固定治ゆ」、「急性症状消退治ゆ」がありますので、注意してください。**

治ゆについては、あなたや主治医の判断以外に、**基金で「治ゆ認定」を行うことがあります。治ゆと判断された以後は、診療を継続しても療養補償は行われませんので注意してください。**

(1) 「症状固定治ゆ」とは？

一般的に認められている医療行為では現在の症状を将来に向かって軽減していく効果が期待できず、対症療法のように一時的に症状等を抑制する効果しか持ち得ない場合をいい、これ以後は療養補償は行われません。

例

腰部捻挫、むちうち症などにおいて、疼痛やしびれなどは残っているが、単なる対症療法（痛み止めの注射等により一時的に症状を抑えるだけの治療）のみを行う状態になったとき

(2) 「急性症状消退治ゆ」とは？

素因又は基礎疾患を有していた職員が公務（通勤）により発症又は症状を著しく増悪させた場合において、発症前の状態に戻った場合や、被災しなくてももともとあった素因又は基礎疾患が自然的経過により進行したであろう状態まで回復した場合をいい、これ以後は療養補償は行われません。

例

椎間板ヘルニア、変形性脊椎症、腰椎分離症などの基礎疾患のある職員が公務（通勤）により腰痛を発症したとして公務（通勤）災害に認定された場合で、急性期の痛みがなくなり、慢性的な痛みなどが残っている状態となったとき

2 あなたにやっていただくことは？

あなたのお手元には、認定通知書といっしょに「治ゆ報告書」が届いているはずです。公務（通勤）災害による傷病が治ゆした場合には、速やかに「治ゆ報告書」を所属を通じて基金に提出してください。

（治ゆ報告書の記載例はP28を参照。様式はP43にあります。）

「治ゆ報告書」の提出に当たっては、後述する「後遺障害が残った場合」を除き、主治医の診断書を添付する必要はありません。

3 後遺障害が残ったときは？

(1) 「後遺障害」とは？

「症状固定治ゆ」となった場合には、身体の欠損、関節の可動域の制限、痛みなどの症状が残ることになりますが、これらの**残存症状のうち、「障害等級」に該当するものを「後遺障害」といいます。**

残存症状が全て「後遺障害」となるわけではありません。一般的には、腕や足を切断したり手足の関節が動かなくなってしまったような場合は「障害等級」に該当しますが、季節の変わり目や長時間歩行した後に痛みが出るとか多少膝の曲がりが悪くて完全に正座できない程度では「障害等級」には該当しません。

「障害等級」は、その内容と程度に応じて1級から14級まで定められており、詳細については、P 56～59の「障害等級早見表」を参照してください。

公務（通勤）災害の「障害等級」は、「労災」及び交通事故の「強制保険（自賠責保険）」の障害等級とほぼ同一ですが、身体障害者福祉法に定める「障害」とは基準が異なります。

(2) どうやって確認するの？

残存する症状が「後遺障害」に該当するかどうかを確認するには、医学的な判断が必要となりますので、主治医から「症状固定治ゆ」と告げられた場合あるいは残存症状があると思われる場合には、その**残存症状が「障害等級」に該当するかどうかを主治医に確認してください。**

(3) 「障害等級」に該当すると言われたら…

残存する症状が「障害等級」に該当する場合、基金に障害補償の請求を行うことができます。障害補償の請求を行うには、「残存障害診断書」が必要です。主治医から「障害等級」に該当すると言われた場合は、**主治医に「残存障害診断書」を書いてもらい、治ゆ報告書に添付して、所属を経由して基金に提出してください。**

「残存障害診断書」の様式はP 44～45にあります。

「残存障害診断書」は、既に主治医に「自動車損害賠償責任保険後遺障害診断書（いわゆる自賠責保険の後遺症診断書）」を書いてもらっている場合は、その写しで代えることもできます。

支部において、残存障害診断書から、障害等級に該当すると認められる場合は、任命権者を通じて、「障害補償一時金（年金）請求書・障害特別支給金申請書・障害特別援護金申請書・障害特別給付金申請書」及び平均給与算定書をお送りします。

なお、残存障害診断書からは判断がつかない場合は、支部において主治医に残存障害について照会したり、検診医を受診していただいたりして判断することになりますが、ケースバイケースになりますので、任命権者を通じて個別に対応いたします。

(4) 障害補償の請求手続

基金に障害補償の請求を行うには、治ゆ報告書に添付した「残存障害診断書」の他に障害補償の請求書、平均給与額算定書などの書類が必要となります。

請求に当たっては、自動車事故の場合など、複雑な手続が必要になることもありますので、詳細については、任命権者の公務災害担当課に問い合わせてください。

4 治ゆした傷病が再発したら？

いったん治ゆした傷病が再び発症し、療養が必要になった場合、再発した傷病と当初の公務（通勤）との間に相当因果関係が認められた場合には、再発の認定を受けて再び療養補償を受けることができます。

再発についての医学上の因果関係の判断は困難なことが多いため、再発の認定請求をするに当たっては、事前に基金に相談してください。

あなた（被災職員）が記載してください。

後遺障害が残った場合にのみ記載してください。

- (R7.1 改正)

Ⅷ 1年6ヵ月を経過しても「治ゆ」しないとき

1 現状報告書の提出

療養の開始後、1年6ヵ月を経過した日（以下「基準日」といいます。）において傷病が治っていない場合、基準日から1ヵ月以内に「療養の現状等に関する報告書」を所属を経由して基金に提出していただきます。

なお、基準日以後においても引き続き療養が継続している場合は、その後も随時、基金から提出を求めることがあります。

2 傷病等級の決定

基準日において傷病が治っていない場合、基金は、「療養の現状等に関する報告書」をもとに、あなたが傷病等級（P 55「傷病等級表」参照）に該当するかどうかをあなたに通知するとともに、傷病等級に該当する場合は、傷病補償年金を支給します。

3 あなたにやっていただくことは？

基準日における傷病等級に関する決定は、「療養の現状等に関する報告書」をもとに基金が行いますので手続は不要ですが、基準日以降、あなたから基金に対して傷病等級に該当する旨の申請をすることもできます。

※このページの記載は、負傷から1年6ヵ月以内の療養費であればすべて補償されることを意味するものではありません。

傷病の程度と比較して、療養期間が長期にわたっている場合、状況に応じて基金において調査を行うことがあります。

基金による調査の結果、1年6ヵ月より前の時点で治ゆに至っていると判断する場合があります、その場合は、P. 26の1「治ゆ」とは？に記載のとおり、治ゆと判断された以降の療養費は、健康保険扱いとなり3割が自己負担となりますのでご承知おきください。

Ⅸ 第三者（加害者）の行為によって災害が発生したとき

交通事故や暴行のように第三者（加害者）の故意又は過失によって公務（通勤）災害が発生したときは、基金に補償義務が生ずると同時に、第三者（加害者）にも損害賠償責任が生じますが、同一の損害について、基金の補償と第三者（加害者）の損害賠償を重複して受け取ることはできません。

基金の補償と第三者（加害者）の損害賠償のどちらを先に受け取るかによって、手続が異なりますので注意してください。

第三者（加害者）による災害については、この冊子のほか、認定通知書といっしょにお渡ししている「第三者加害事案の取扱い等について（お願い）」も併せてお読みください。

1 補償先行と示談先行

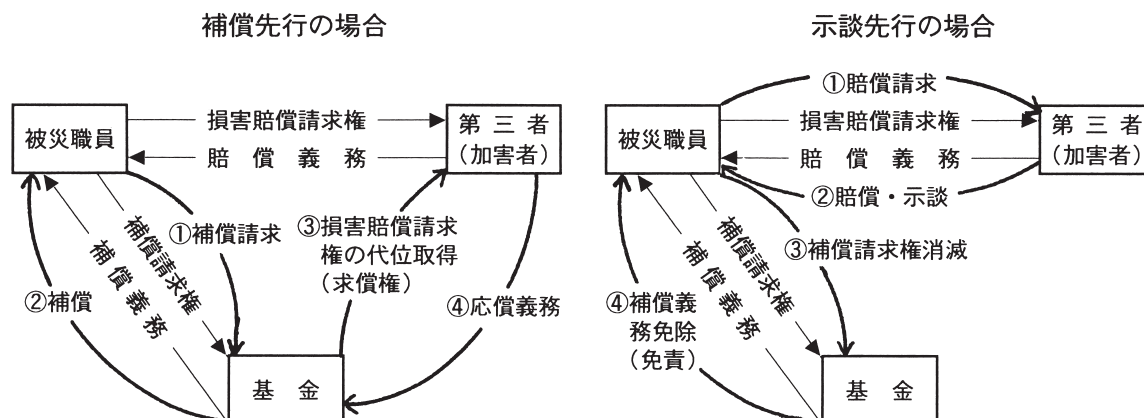
(1) 先に基金から補償を受けるのが「補償先行」

「補償先行」とは、あなたが加害者から損害賠償を受ける前に基金から補償を受けることをいいます。この場合、基金が補償を行うと、あなたが加害者に対して有している損害賠償請求権は、補償額の限度で基金が取得し、あなたは、基金から補償を受けた分の損害について加害者に請求することはできなくなります。基金は、あなたに補償を行った後に加害者に対して支払いを求める（求償）ことになります。

(2) 先に加害者から賠償を受ける（示談する）のが「示談先行」

「示談先行」とは、あなたが基金から補償を受ける前に加害者から損害賠償（治療費や後遺障害の逸失利益など）を受けることをいいます。例えば追突事故のように相手方に全面的に過失がある場合には「示談先行」となることが通例です。この場合、あなたが賠償を受けた分については、基金は補償の義務を免れる（免責）ことになります。

第三者加害事案の関係図



2 補償先行の場合の手続

(1) 治療費の請求

補償先行の場合は、基金が補償を行うことになるので、治療費の請求方法は通常の公務（通勤）災害と同じです。P2～3のフロー図に従って請求手続を行ってください。受診した医療機関が指定医療機関であるときは、「療養の給付請求書」（様式第5号）を医療機関に提出すればその後の請求手続は不要となりますが、指定医療機関でないときは、「療養補償請求書」（様式第6号）によりあなたに請求手続を行ってもらうことになります。詳細については、この冊子の該当箇所をお読みのうえ、間違えないよう手続をしてください。

(2) 念書（兼同意書）の提出

治療費の請求手続を進めると同時に、「念書（兼同意書）」を所属を經由して基金に提出してください（認定請求時に提出している場合は改めて提出する必要はありません。）。

念書（兼同意書）の提出がないと、治療費の補償を受けられないことがあります。

念書（兼同意書）を作成したら一部コピーをとり、原本を所属を經由して基金に提出し、コピーは認定通知書及びこの冊子とともに保管してください。

(3) 絶対にやってはならないこと

基金が補償を行うことにより、あなたが加害者に対して有していた損害賠償請求権は基金が取得しますので、基金の同意を得ずに加害者と示談したり示談交渉を他人に依頼することはできなくなります。

次のようなことをしては絶対にいけません。

◆加害者の責任を免除してしまうこと

◆健康保険証（共済組合員証）を使用して医療機関を受診すること

◆基金の了解なしに、示談書を交わしたりすること（自賠責保険に被害者請求を行う場合や、被災職員が加入する人身傷害保険から保険金の支払いを受ける場合も、「示談」に準じた扱いとなりますので、必ず事前に基金にご相談ください。）

◆基金の了解なしに弁護士、保険会社、医療機関などに請求についての委任状を渡したり、事件の解決を依頼したりすること

(4) 加害者への求償

基金は、治療が終了した時点で、支払った治療費を加害者に請求します。

加害者が不明であったり、加害者の所在が不明である場合や、加害者に資力がない場合には、基金は加害者に対する求償権の行使を留保しますが、状況によっては求償する場合がありますので、第三者（加害者）の状況について基金から調査依頼があったときは速やかに報告してください。

(5) 物損・慰謝料

事故によって生じた物的損害や精神的苦痛に対する慰謝料などは、基金の補償の対象になりません。これらについては、あなた自身が加害者と交渉することになりますが、この場合でも「念書（兼同意書）」に記された事項に反しないよう十分注意してください。

3 示談先行の場合の手続

示談先行の場合は、あなたが第三者（加害者）から直接損害賠償を受けることになるので、この冊子に記載した療養補償の請求手続を行う必要はありません。

しかし、第三者（加害者）から賠償が受けられなくなるなど、治療費を自己負担しなければならない状況になった場合には、「第三者加害事案の取扱い等について（お願い）」をよくお読みのうえ、基金から補償を受けることが可能かどうか、任命権者の公務災害担当課に相談してください。

4 損害賠償を第三者（加害者）から受領したとき

公務（通勤）災害として認定された災害について、第三者（加害者）から損害賠償を受け取ったときは、「損害賠償受領届」を提出していただきます。

詳細については、「第三者加害事案の取扱い等について（お願い）」をよくお読みください。（「損害賠償受領届」の様式は、P54にあります。）

X そ の 他

1 療養補償以外の各種の補償

療養補償以外の補償としては、次のものがあります。これらの補償を受けるには、個別に基金に請求することが必要になりますので、請求手続については、任命権者の公務災害担当課に相談してください。

(1) 障害補償（P26参照）

傷病が治癒したときに、地方公務員災害補償法施行規則別表第三に定める第1級から第14級までの障害等級（P56～59参照）に該当する障害が残ったときは、その障害の程度に応じて、年金又は一時金を受け取ることができます。

(2) 休業補償

療養のため勤務することができない場合で、給与の支給を受けないときは、休業補償を受け取ることができます。

(3) 傷病補償年金（P29参照）

療養を開始してから1年6ヵ月を経過した日において傷病が治っておらず、かつ地方公務員災害補償法施行規則別表第二に定める第1級から第3級までの傷病等級（P55参照）に該当する障害がある場合は、その障害の程度に応じて、傷病補償年金が支給されます。

(4) 介護補償

傷病補償年金又は障害補償年金の受給権者で重度の障害のある者が常時又は随時介護を受けている場合は、介護補償が支給されます。

(5) 遺族補償

死亡した場合には、遺族に対して年金又は一時金が支給されます。

(6) 葬祭補償

死亡した場合には、葬祭を行った者に対して葬祭補償が支給されます。

2 福祉事業

福祉事業は、被災職員又はその遺族の保護を図るため、各種補償の付加給付として行われるもので、次のものがあります。

福祉事業には、補装具などの現物給付と援護金などの現金給付があり、いずれも給付を受けるためには基金に申請することが必要ですので、申請手続については、任命権者の公務災害担当課に相談してください。

【福祉事業の種類】

外科後処置、補装具、リハビリテーション、アフターケア、休業援護金、在宅介護を行う介護人の派遣に関する事業、奨学援護金、就労保育援護金、傷病特別支給金、障害特別支給金、遺族特別支給金、障害特別援護金、遺族特別援護金、傷病特別給付金、障害特別給付金、遺族特別給付金、障害差額特別給付金、長期家族介護者援護金

3 時 効

補償を受ける権利は、あなたからの請求がない場合は、時効によって消滅します。

次に掲げる期間を経過した後に請求がなされても、時効により補償は行われませんので、注意してください。

(1) 療養補償

療養の費用を支払う義務が確定した日（医療機関から請求を受けた日）の翌日から起算して2年

(2) 障害補償

負傷又は疾病が治癒した翌日から起算して5年

4 審査請求

基金の行った補償の決定について不服がある場合は、行政不服審査法に定める手続に従い、決定のあったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、地方公務員災害補償基金神奈川県支部審査会に対して審査請求をすることができます。

審査請求について不明な点は、地方公務員災害補償基金神奈川県支部審査会までお問い合わせください。

地方公務員災害補償基金神奈川県支部審査会

(神奈川県人事委員会給与公平課内)

電話045(651)3253

問合せ先

公務（通勤）災害の認定、療養補償等の各種の補償の請求等について不明な点がある場合には、任命権者の公務災害担当課又は基金にお問い合わせください。

特に療養補償については、療養を受けた後にその療養に要した費用を請求することになりますが、療養補償の支給要件に該当しない場合には療養補償として支給されず、被災職員の負担となりますので、不明な点は事前にお問い合わせください。



地方公務員災害補償基金神奈川県支部

〒231-8588 横浜市中区日本大通1（県庁本庁舎4階）

神奈川県総務局組織人材部人事課災害補償グループ内

☎045-210-1111 内線2175～2177

FAX045-210-8803