

第3章 補償の内容及び請求手続等

第1節 療養補償

第1 療養補償の内容

療養補償は、職員が公務又は通勤により負傷し、又は疾病にかかった場合に、それが治癒するまで、必要な療養を行い(現物補償)、又は必要な療養の費用を支給(金銭補償)して行われます(法第26条)。現物補償、金銭補償のいずれによる場合も被災職員は、費用を負担することなく必要な療養を受けることができます。

この療養の範囲についての考え方は、基本的には健康保険における療養の給付と同様であり、健康保険の対象外となるものについては原則として療養補償の対象外となります。ただし、医学的判断の下に必要な療養であると認められている場合には、例外的に療養補償の対象となり得る場合もあります。

具体的には、次に掲げるものであって療養上相当と認められるものであり、その内容は個々の傷病に即して医学上、社会通念上妥当と認められるものでなければなりません(法第27条)。したがって、被災職員が転医した場合の取扱いについては、医療上又は勤務上必要と認められる場合は、転医後の病院での診療も原則として補償の対象となりますが、医療上又は勤務上必要と認められない自己都合による転医の場合等は、初診料、各種検査料等の転医前の病院と重複する部分は補償の対象となりません。

また、一つの医療機関に通院していながら医学的にその必要がないのに別の医療機関に通院するような場合についても、重複診療となるため、療養補償の対象となりません。同様に慎重を期する意味等の理由により、他の病院での再検査を行いたい旨、被災職員が希望している場合においても、当該再検査が医学的にみても相当の必要があり、社会通念上からも相当なものでなければ、療養補償の対象となりません。

なお、療養補償は、消費税法施行令第14条第19項及び地方公務員災害補償法第65条により、消費税は非課税となっています。

1 診察

(1) 医師及び歯科医師の診察(往診を含む。)

診察には、内科、外科その他すべての診療科に属する診察及び歯科医師の診察が含まれます。

また、障害等級の決定(変更に関する決定を除く。)に必要な診察等についても療養補償の対象となります。

(2) 療養上の指導及び監視

(3) 診断上又は診療上必要な各種検査

検査については、現在の医学水準からみて診療上必要な検査に限られ、診療と直接関係のない検査は必要な療養とは認められません。

なお、病院における針刺し事故等の公務上の負傷(汚染血液が既存負傷部位等に付着した場合を

含む。)に係る検査については、P.50(第2章 第1節 第3「○ 針刺し事故等血液汚染事故の公務災害の取扱いについて」)を参照してください。

(4) 診断書等の文書料

診断書その他意見書等の文書料については、補償の実施上必要な文書(正本)に限り、療養補償の対象として認められます。

他の目的、例えば、保険請求に使用するものや病気休暇取得のため職場に提出するもの等は療養補償の対象となりません。

＜文書料が補償対象となる例＞

- 認定請求時の診断書(原則1通のみ)
- 休業補償証明、転医届証明、移送費明細書証明
- 障害補償請求時の診断書
- 交通事故証明書(人身事故用) 等

＜文書料が補償対象とならない例＞

- 個人の傷害保険請求に使用する診断書
- 服務関係で職場に提出する診断書 等

2 薬剤又は治療材料の支給

(1) 薬 剤

内服薬及び外用薬の支給については、医師が必要と認めるものに限り、原則として療養補償の対象となります。被災職員自ら売薬を求めた場合の費用については、医師が必要と認め、その具体的指導の下に購入、服用するものに限り、療養補償の対象として認められます。

(2) 治療材料

治療材料とは、一般に治療に伴う処置に使用される消耗品の類、例えばガーゼ、包帯、油紙、容器、コルセット、固定装具、副木等のことであり、医師が治療上必要と認めるもの又は直接治療に関係があると認められるものに限り、療養補償の対象となります。便器、氷のう、水枕、ゴム布等の療養器材についても医師が療養上必要と認めるもの及び直接関係があると認められるものが療養補償の対象となります。療養中でなくても日常生活に必要とされるような洗面器、コップ、タオル等は原則として療養補償の対象となりません。

(3) 歯科補綴^{ほてつ}

金等の健康保険対象外の材質を使用する場合、歯科補綴の効果又は技術上の特別の必要からこれを使用することを相当とする場合に限り、療養補償の対象となります。したがって、審美的な目的等、自己都合により健康保険対象外の材質を使用した場合は、療養補償の対象とはなりません。

【例1】

問 被災職員が歯科補綴において、健康保険対象外の材質であるセラミックを用いて治療を行いました。主治医によれば「健康保険適用の材質より、セラミックの方が耐用年数が長いため」とのことでした。この場合、療養補償の支給対象となりますか。

答 療養の範囲についての考え方は、基本的には健康保険における療養の給付と同様であり、健康保険対象外の治療等については、原則として療養補償の対象となりません。

本件についてみると、主治医の意見は、単に耐用年数を理由としただけであり、被災

職員がセラミックで治療しなければならない医学的理由（例えば、被災職員が金属アレルギーのため健康保険適用の治療材料が使用できない等）は確認されません。

したがって、本件については療養補償の対象となりません。

なお、本件のように、被災職員の希望により健康保険対象外の治療材料を使用した場合であっても、歯科補綴の治療の必要性はあるため、健康保険における療養給付によった場合の所要額を参考にして療養補償を支給することはできません。

【例2】

問 公務上の災害において、上顎前歯一本を欠損した被災職員が、歯科医院においてインプラント手術を行いました。主治医によると「健康保険適用のブリッジによる治療は可能だが、患者は健康な歯を削りたくないとのことで、インプラントの必要性を認める。」とのことでした。この場合、療養補償の支給対象となりますか。

答 インプラント手術については、平成24年3月5日付厚生労働省告示第76号により、特定の要件を満たした場合は健康保険の対象になるとされています。本件については、この要件を満たさず、健康保険の適用はされないと考えられます。

また、主治医の意見によると、被災職員の意思でインプラント手術を選択しており、健康保険適用の治療方法によることができない医学上の理由は確認されません。

したがって、本件の場合には、医学上または社会通念上、インプラント手術が必要かつ相当であると認められる理由が確認されないため、療養補償の対象とはなりません。

なお、歯科補綴の治療材料が療養補償の対象とならない場合は、共済給付によった場合の所要額を参考にして、療養補償の支給ができることとなっていますが、これは治療材料に限った取扱いであり、本件の場合には、他の治療方法等を想定して療養補償を支払うということとはできません。

3 処置、手術その他の治療

(1) 包帯の巻き替え等の処置

包帯の巻き替え、薬の塗布、患部の洗浄、あん法、点眼、注射、輸血、酸素吸入等の処置が療養補償の対象となります。

なお、輸血には、輸血の処置費、血液の料金、輸送費、検査料等が含まれ、家族等による輸血の場合も、一般の保存血液による輸血の場合と同様に療養補償の対象となります。

(2) 切開、創傷処理及び手術並びにこれらに伴う麻酔

手術等については、現在の医学通念からみて、一般にその治療効果が認められている方法によることが必要です。

(3) その他の治療

ア 熱気療法、温浴療法、紫外線療法、放射線療法、日光療法、機械運動療法、高原療法等
医学上必要と認められるもので、医師の指導の下に行われることが必要です。

イ 柔道整復師による施術

接骨院、整骨院等において施術を受ける場合、柔道整復師による脱臼又は骨折の患部に対する施術(ただし、応急手当を除く。)は、医師の同意がなければ行えないため、医師の同意の有無を確認する必要があります。この場合の医師の同意については、医師の同意を得た旨が施術

録等に記載されていることが認められれば、医師の「同意書（都支部様式第44号）」を添付する必要はありません。脱臼、骨折以外の施術は、柔道整復師限りで施術を行うことができ、療養上必要であると認められれば、療養補償の対象となります。

ウ 温泉療法

温泉の化学的作用等によりその治療効果が期待できるような疾病の場合に限られ、その適応する温泉の選択、入浴方法等について医師の直接の指導が必要です。したがって、原則として、温泉病院、温泉療養所において行うもの限り、療養補償の対象となります。

エ マッサージ、はり、きゅう

あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師による施術については、医師が必要と認めるもの限り、療養補償の対象となります。療養費の請求に当たっては医師の「同意書（都支部様式第44号）」（P.145 参照）を添付する必要があります。

なお、マッサージ療法については、医師が必要と認めた期間に限ります。

4 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

(1) 居宅における療養上の管理

居宅において療養を行っている者（通院の困難なものに限る。）に対する病院又は診療所の医師が行う計画的な医学管理は、療養補償の対象となります。

(2) 居宅における療養に伴う世話その他の看護

ア 居宅において継続して療養を受ける状態にある者で、医師が必要と認めた場合の看護師等の行う療養上の世話又は診療の補助（訪問看護事業者によるものを含む。）は、療養補償の対象となります。

この看護（療養上の世話又は診療の補助）とは、医療機関が行う在宅患者訪問看護等及び訪問看護事業者による訪問看護をいうものであり、訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づく内容を対象とし、看護師等の行う看護のほか、理学療法士及び作業療法士が行う診療の補助も含まれます。

イ 重症のため医師が常に看護師（看護師がいないためにこれに代わって看護を行う者を付した場合を含む。）の看護を要するものと認めた場合の看護料（アに掲げるものを除く。）は、療養補償の対象となります。

「看護を要するものと認めた場合」とは、次の①から③までのいずれかに該当する場合であり、これらに該当する旨の医師の証明には、看護を必要とする理由及びその必要とする期間が明示されていることが必要です。

- ① 病状が重篤であって、絶対安静を必要とし、看護師等が常時監視を要し、随時適切な処置を講ずる必要があると医師が認めた場合
- ② 病状は必ずしも重篤ではないが、手術等により比較的長時間にわたり、看護師等が常時監視を要し、随時適切な処置を講ずる必要があると医師が認めた場合
- ③ その他体位変換又は床上起座が常時不可又は不能であるもの、食事及び用便について常時介助を必要とするもの等で、看護師等の看護が特に必要、かつ、相当と医師が認めた場合
なお、イに掲げる看護料は、当該地方の看護師の慣行料金によります。

また、被災職員が、有料職業紹介機関を通じて看護師等を求めたときに受付手数料又は紹介手数料等を負担した場合は、社会通念上当該地域において妥当と認められる額の範囲内で実際

に負担した額が療養補償の対象となります。

看護料等に食事が含まれていない場合には、一日につき 1,800 円の範囲内で現実に要した食事の費用について療養補償の対象となります。

看護師等の往復旅費については、被災職員がその療養の地域から看護師等を求めることができないため、やむを得ず当該地域以外の地域から看護師等を求めた場合であって、かつ、看護師等の雇入れ期間を通じ 1 回に限り、看護師等の居住地から被災職員の療養の地までの 1 往復に要する額で被災職員が実際に負担した額(社会通念上当該地域において妥当と認められる額の範囲内に限る。)が療養補償の対象となります。

5 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

(1) 病院又は診療所への入院

ア 入院(入院に伴う食事を含む。)

イ 入院中に死亡した場合の死体安置

入院は、普通室の使用を原則としています。個室又は上級室の使用は、次の①から④までのいずれかに該当する場合であって、当該個室又は上級室に被災職員を収容せざるを得ないと認められる事情の存する必要最小限の期間についてのみ、療養補償の対象となります。

① 療養上、他の患者から隔離しなければ適切な診療を行うことができないと認められる場合

② 傷病の状態から隔離しなければ他の患者の療養を著しく妨げると認められる場合

③ 普通室が満床で、かつ、緊急に入院療養させる必要があると認められる場合

④ その他特別な事情があると認められる場合

なお、個室とは 1 人、上級室とは 2 人以上の患者を収容する室で普通室以外のものをいいます。

個室又は上級室を使用し、差額室料がかかる場合は、「療養費請求書」等に個室又は上級室の使用理由が明記されている場合を除き、医師の証明を得る必要があります。

また、個室又は上級室の使用料については、社会通念上当該地域において妥当と認められる額の範囲内(具体的には、労働者災害補償保険診療費算定基準に定める額を上限とする。)で被災職員が実際に負担した額が療養補償の対象となります。

入院中の冷暖房費、電気代、ガス代等で入院料とは別に医療機関から当然に請求されるものについては、療養補償の対象となります。ただし、当該器具の使用等について、被災職員の実態にまかせられているもの、例えばテレビ使用料、お茶代等については、療養補償の対象とはなりません。

入院中の寝具料については、入院した医療機関から寝具の貸付けを受け、これを使用した場合又は貸寝具業者から寝具を借用し、賃借料を負担した場合に、当該地域における標準的な賃借料の範囲内で被災職員が実際に負担した額が療養補償の対象となります。

(2) 病院又は診療所における療養に伴う世話その他の看護

ア 重症のため医師が常に看護師(看護師がいないためにこれに代わって看護を行う者を付した場合を含む。)の看護を要するものと認めた場合の看護料

この場合における看護は、被災職員が入院している医療機関の看護要員以外の看護師等による看護であり、健康保険における入院基本料の届出をした医療機関に入院している場合には原則として必要な療養とは認められないものですが、特別な事情があると認められる場合はこの限りではありません。

また、被災職員 1 人につき看護師等 2 人以上による同時の看護の場合についても同様です。

なお、「看護を要するものと認めた場合」の取扱い並びに看護料、有料紹介機関を通じて看護師等を求めたときの紹介手数料及び看護師等の往復旅費の取扱いについては、4 の(2)のイと同様です。

イ 看護師又はこれに代わって看護を行う者を得られないために家族が付添った場合の費用付添いの費用は、当該地方において看護師に代わって看護を行う者の慣行料金によります。

6 移送

療養補償として認められる移送の範囲は、次の(1)から(5)までに掲げるところです。

移送については、移送それ自体の必要性和移送手段の妥当性の双方が認められなければなりません。このため、医学上の理由もなく遠隔地の病院へ行った場合や、被災職員が恣意により転医した場合は、前者の意味での妥当性を欠くことから療養補償の対象となりません。また、電車で十分通院できる程度の症状であるのにタクシーを使用した場合等は、後者の意味で妥当性を欠くことから療養補償の対象となりません。

(1) 災害の発生場所から病院、診療所等まで移送する場合又は療養中他の病院、療養所等へ転送を必要とする場合の交通費、人件費及び宿泊料

特殊な検査のため遠方の病院に移送するとき等において、その距離、被災職員の症状等から宿泊を必要とすると認められる場合には、社会通念上、当該地域で妥当と認められる額の範囲内で被災職員が実際に負担した額が支給されます。

(2) 病院、診療所等への受診又は通院のための交通費

原則として、電車、バス等の公共交通機関の利用についてのみ認められます。ただし、傷病の部位及び程度、地理的条件及び当該地域の交通事情等を総合的に勘案し、やむを得ずタクシーを利用しなければならなかったと認められる場合には、療養補償の対象となります。この場合、その額は、社会通念上当該地域において妥当と認められる額の範囲内で被災職員が実際に支払った額とします。

自家用車の利用についても、タクシーと同様にやむを得ずこれを利用しなければならないと認められる場合に限り、病院等までの区間における最も合理的かつ経済的な通常の経路による往復の距離 1 キロメートルにつき 37 円を乗じた額を限度として、実際に負担した額が補償の対象となります。やむを得ず友人等の自家用車を使用して謝礼を支払った場合も、同様です。

補償の対象となる通院の経路は、自宅又は勤務公署と病院等との往復の経路に加え、自宅から病院に行き治療を受けた後に勤務公署に出勤する場合の病院から勤務公署までの経路も補償の対象となります。ただし、移送費が支給されるためには、実際に交通費を負担していることが必要であり、当該経路について通勤手当を受けている場合は、補償の対象となりません。

タクシー利用の場合には、領収書の徴収が可能ですので、請求の際には添付する必要があります。交通費については、移送の事実が立証でき、かつ、当該交通機関の料金が別途立証できれば領収書等を添付する必要はありません。ただし、当該料金に IC カードと切符、現金との間に差がある場合には、最も低廉な料金を支給します。

問 職員が公務災害により負傷し、A病院で入院治療を受けていましたが、この職員は、A病院では症状が好転しないと自分で判断してB病院に転医しました。このときの交通費

は療養補償の対象となりますか。

答 移送費の支給における「療養上相当」の範囲については、移送自体の妥当性と移送手段の妥当性の双方を満たす必要がありますが、恣意により転医した場合の交通費については、移送自体の妥当性が認められないため、療養補償の対象とはなりません。転医が、医師の指示による場合及び社会通念上妥当であると認められる場合を除き、被災職員の判断又は都合で転医した場合は、原則として、恣意によるものと認められます。

問の事例の場合、職員自らが症状が好転しないと判断しており、医師の指示によるものとは認められず、他に特別の事情も存しないことから、療養補償の対象とはなりません。

(3) 独歩できない場合の介護付添に要する費用

給与を受けている者が付き添った場合は、付き添ったことによりその者が失った給与の額に相当する額が介護付添料として支給されます。ただし、その額が、国家公務員等の旅費に関する法律（昭和25年法律第114号）別表第1の1に定める日当の最低額に満たない場合は、当該日額の最低額とします。給与を受けていない者が付き添った場合も同様です。また、介護付添人の交通費、宿泊料については、被災職員の場合と同様です。

(4) 災害の発生場所、病院又は診療所などから自宅までの死体運搬の費用

(5) その他必要と認められる移送の費用で現実に要したもの

例えば、入院・退院のための寝具、日用品等の運送費についても、療養補償の対象となります。

第2 手続(療養の開始から終了まで)

1 療養の開始

受診する医療機関が指定医療機関であるか否かによりその後の手続が異なるので注意する必要があります。

(1) 指定医療機関を受診する場合(P.119「療養補償の請求手続について」フロー図参照)

指定医療機関とは、公務(通勤)災害と認定された被災職員が、費用を負担することなく療養を受けることができるよう、基金があらかじめ指定した病院等のことです。指定医療機関で療養を受けた場合、これに要した費用は、基金と指定医療機関との協定に従い、原則として、基金から直接、指定医療機関に支払われます。

ア 初診時の手続

- ① 指定医療機関に、公務(通勤)災害の認定請求手続中であることを告げ、認定されるまでの間についても、自己負担なく治療を受けられるよう依頼します。
- ② 認定請求用の診断書への記載を依頼します(所定の様式を持参します。)

イ 認定された後の手続(P.120「療養補償請求書類の流れ、**書類の流れA**」参照)

- ① 公務(通勤)災害と認定されたら、認定番号、認定傷病名等を主治医等に通知します。
- ② 所要事項を記載した「療養費請求書(都支部様式第1号)(指定の接骨院等の場合は都支部様式第1号の2)」(P.127～130参照)を指定医療機関に持参し、原則、療養した月毎の療養費請求書の作成を依頼します。

③ 療養費請求書は、医療機関から基金都支部へ（東京都医師会に加入していれば、東京都医師会経由で）送付されます。

※ 指定医療機関において療養を受けるためには、所要事項を記載した「療養の給付請求書（様式第5号）」（P.126 参照）を、指定医療機関を経由して、基金に提出しなければなりません。初回請求時には、「療養の給付請求書（様式第5号）」を一緒に提出してください。

(2) 指定医療機関以外の医療機関（歯科医、薬局を含む。）を受診する場合（P.119「療養補償の請求手続について」フロー図参照）

ア 初診時の手続

① 医療機関に公務（通勤）災害認定の請求手続中であることを告げ、費用の取扱いについて確認します。具体的には、被災職員がいったん自己負担するのか、又は認定されるまで支払を保留してもらい、認定されてから受領委任の方法にするのかについて相談します。

なお、「受領委任」とは、医療機関との話し合いにより被災職員が医療機関に費用を支払わず、基金に請求する費用の受領を医療機関に委任して、基金から直接医療機関に支払がされるようにする方法のことで、この方法によれば、実質的には指定医療機関で療養を受ける場合と同様の効果をもつこととなります。

② 認定請求用の診断書への記載を依頼します（所定の様式を持参します。）。

イ 認定された後の手続（P.120「療養補償請求書類の流れ、書類の流れB」参照）

① 公務（通勤）災害と認定されたら、認定番号、認定傷病名等を主治医等に通知します。

② 所要事項を記載した「療養補償請求書（様式第6号）」（P.131～142 参照）を医療機関等に持参し、原則、療養した月毎の療養補償請求書の作成及び証明を依頼します。

③ 療養補償請求書は、医療機関等から返戻を受け、所属（任命権者）経由で基金都支部へ提出してください。

※ 所属では、請求書に記載すべき事項がもれなく記載されているか、添付すべき資料が添付されているかについて確認の上、基金都支部へ提出してください（P.122～124「療養補償請求書（様式第6号）のチェックポイント」参照）。

(3) 共済組合員証を使用したとき

負傷や疾病が公務（通勤）災害に該当する場合には、共済組合証を使用することはできません。所属の公務災害事務担当者は、日頃からこの旨を職員に周知してください。

しかし、当初は負傷や疾病が公務（通勤）災害に該当するか否かの判断が難しかったなどの理由により、やむを得ず共済組合員証を提示して受診せざるを得ない場合は、P.125「公務災害又は通勤災害の療養を共済組合員証を提示して受診したときの手続について」に記載された手続きを必ず行ってください。

(4) 移送費、補装具購入等で自己負担したとき

病院、診療所等への受診又は通院のための交通費について自己負担した場合は、「療養補償請求書（様式第6号）」に「移送費明細書（都支部様式第42号）」（P.143 参照）を添付して請求します。なお、タクシーを利用した場合は領収書も一緒に添付します。補装具等を購入した場合も同様に、「療養補償請求書（様式第6号）」に必要性について証明を受けるか又は「補装具証明書（都支部様式第47号）」（P.148 参照）と領収書を添付した上で所属（任命権者）を経由して基金に請求します。

2 療養中

(1) 療養状況の把握

療養中、所属担当者は、被災職員や医療機関と連絡を密にし、療養状況の把握に努める必要があります。療養中に被災職員が退職又は死亡した場合には、基金都支部に必ず連絡してください。

(2) 療養の現状等に関する報告書

療養の開始後1年6か月を経過した日において治癒していない者は、同日後1か月以内に「療養の現状等に関する報告書（様式第38号）」を提出しなければなりません。また、療養の開始後1年6か月を経過した日後において傷病等級に該当すると推定できる場合又は障害の程度に変更があると推定できる場合等において基金が必要と認めて通知した者もこの報告書を提出しなければなりません（規則第35条の2、業務規程第24条の3）。なお、実務上の事務手続については、基金都支部から任命権者を通して対象となる被災職員へ調査を依頼します。

(3) 転医

転医については、医療上又は社会通念上必要であると認められるものに限り、療養補償の対象となります。したがって、医療上又は社会通念上必要であると認められない転医をした場合には、転医後の医療機関でかかった初診料、検査料等の転医前の医療機関と重複する費用及び転医前の医療機関から転医後の医療機関への移送費等は支給されません（P.114 第3章 第1節 第1「6移送」参照）。

具体的に、医療上又は社会通念上必要であると認められる場合とは、次のような場合です。

ア 災害のあった最寄りの医療機関で応急手当を受けた後、勤務先又は自宅からの通院に便利な医療機関に転医する場合

イ 受診している医療機関には、療養に必要な医療設備等がないため、必要な医療設備のある医療機関に転医する場合

なお、転医したときは、速やかに「転医届（都支部様式第45号）」（P.146参照）に医師の証明を受け、基金都支部に提出してください。

MR I撮影や手術のために一時的に転医し、元の医療機関に復する場合は一時的に転医する医療機関への転医届のみ必要となります。よって、転医先の医療機関から元の医療機関への転医届を取得する必要はありません。

3 療養の終了

(1) 治癒

療養補償は、当該傷病が治癒したときをもって終了します。

地方公務員災害補償制度において、治癒とは、いわゆる「完全治癒」のほか、次の場合も治癒として取り扱っています。

ア 症状固定

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、その医療行為を中止しても現在の症状が将来変化しないと見込まれる状態になったとき。

<症状固定の例>

頸椎捻挫、腰部捻挫等において、しびれ、痛み等の神経症状が残っていても月1～2回対症療法（一時的に痛みを抑えるだけの治療）だけを行う状態になったとき。

イ 急性症状消退

素因又は基礎疾病等を有していた者が公務(通勤)災害により、新たに発病した場合や症状を増悪させた場合において、急性期の痛み等の症状が消滅したとき。

<急性症状消退の例>

腰椎椎間板ヘルニア、腰椎分離症等の既往症又は基礎疾患のある職員が、腰痛を発症した場合において、慢性的な痛み等が残っているものの、急性期の痛みがなくなった状態となったとき(P. 37 第2章 第1節 第3「○ 腰痛等の公務災害の認定について」参照)。

なお、治ゆ後、対症療法、経過観察等のため通院が必要な場合には、共済組合員証を使用して受診することとなります。

(2) 治ゆ報告書

治ゆしたら、速やかに「治ゆ報告書(都支部様式第8号)」(P. 149 参照)を、所属(任命権者)を経由して基金都支部へ提出してください。

治ゆ日については、主治医等に確認して記載する必要があります。

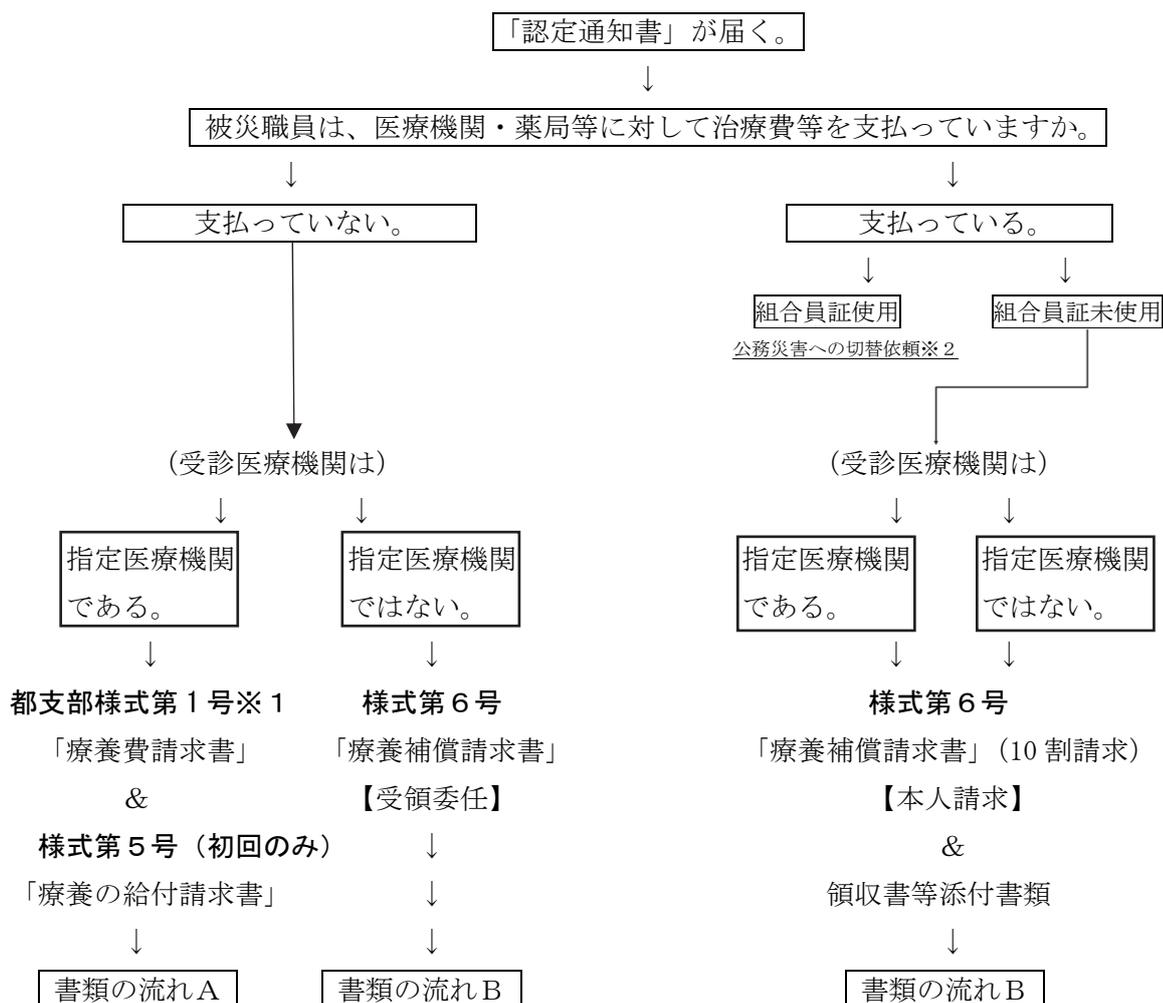
(3) 治ゆ認定

「治ゆ報告書(都支部様式第8号)」の提出がない場合でも、相当長期にわたって療養を継続している被災職員については、基金都支部が当該傷病の状況その他必要な事項の調査を行い、完全治ゆ又は症状が固定しもはや医療効果が期待し得ないと認められる場合には、治ゆと認定します(「傷病の治ゆ認定の手続について」平成26年3月26日地基補第83号)。

治ゆと認定した場合は、治ゆの年月日を明らかにした通知を被災職員に送付します。

治ゆ認定後に対症療法等を受ける場合については、共済組合員証を使用して受診することとなります。

療養補償の請求手続について



※1 指定医療機関のうち、下記の③接骨院等は都支部様式第1号の2を使用します。

また、指定医療機関において療養を受けるためには、初回の請求時のみ療養の給付請求書(様式第5号)を必ず添付してください(転医により、新たに指定医療機関を受診した場合も同様です)。

※2 組合員証を使用した場合は、必ず医療機関等の窓口において、公務災害への切替を依頼してください。窓口において切替ができない場合は、書類の流れBにおいて、3割の自己負担額を請求してください。

●指定医療機関とは

① 公益社団法人東京都医師会に加入している医療機関(東京都医師会に加入している会員が開設又は管理する病院及び診療所です。)

* 都内にある大部分の医療機関はこれに該当しますが、受診する際には、都医師会に加入している医療機関かどうか確認してください(請求用紙が異なりますので注意してください)。

② 地方独立行政法人東京都立病院機構の病院(P.340参照)

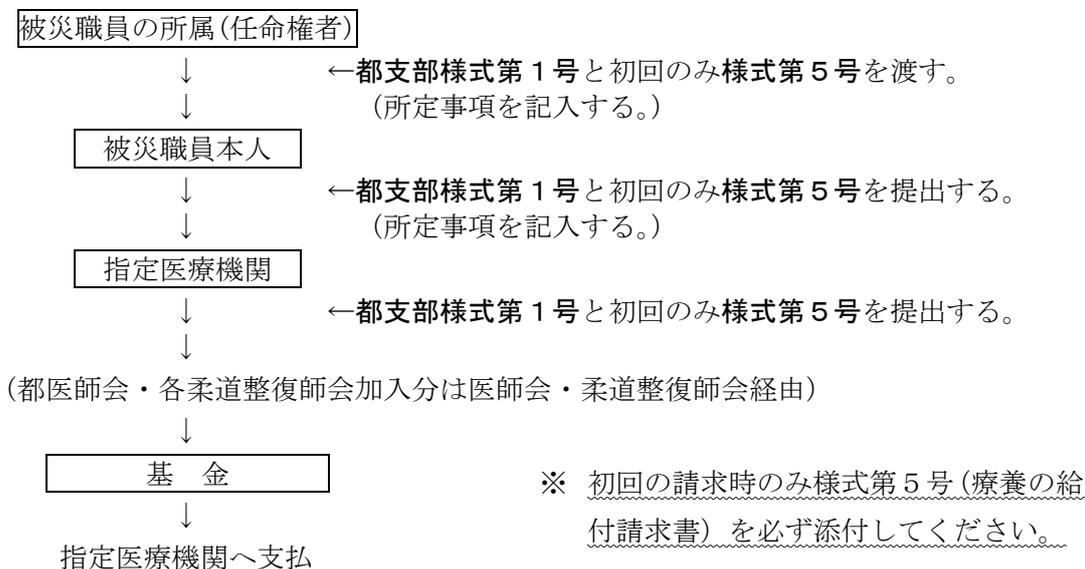
③ 公益社団法人東京都柔道整復師会及び公益社団法人埼玉県柔道整復師会に加入している接骨院等(P.341参照)

④ 独立行政法人国立病院機構の病院、職員共済組合病院及び労災病院等、地方公務員災害補償基金本部指定医療機関及び指定福祉事業機関(P.342~347参照)

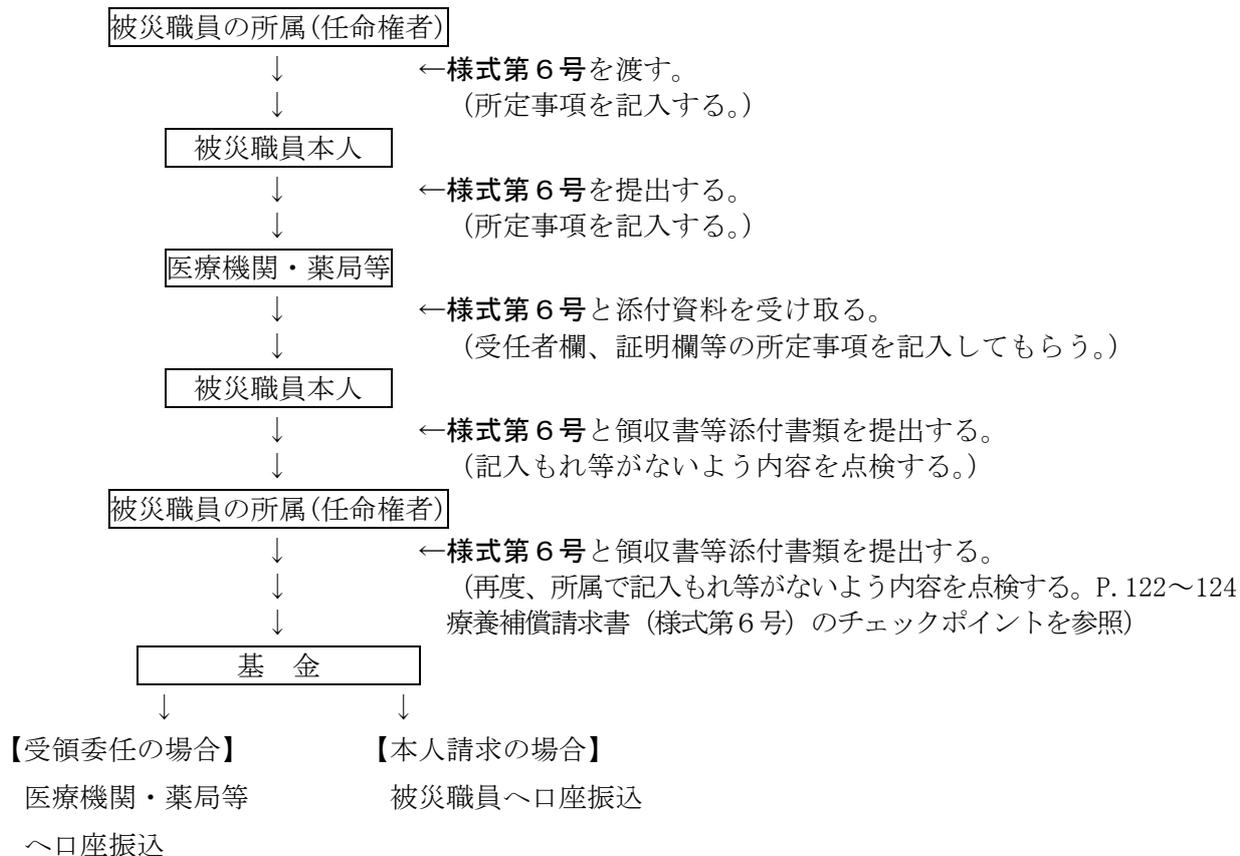
療養補償請求書類の流れ

書類の流れA 都支部様式第1号「療養費請求書」&初回のみ様式第5号

(指定の接骨院等の場合は、都支部様式第1号の2を使用する。)



書類の流れB 様式第6号「療養補償請求書」



療養補償請求書（様式第6号）に添付する書類一覧

請 求 の 内 容	添付書類	添 付 書 類 の 内 容
① コルセット、固定装具等を購入した場合	補装具証明書 (都支部様式第47号)	医師がその理由を記載したもの
② 被災職員自ら売薬を求めた場合	医師の証明 (様式第6号「2号紙」摘要欄に記載)	〃
③ 歯科補綴で金の使用等保険適用外の処置を受けた場合	医師の証明(様式第6号「[診療費請求明細]歯科用」摘要欄に記載)	〃
④ 温泉病院・温泉療養所において治療した場合	医師の証明 (様式第6号「2号紙」摘要欄に記載)	医師がその理由及び予定期間を記載したもの
⑤ マッサージ・はり等の施術をした場合	同 意 書 (都支部様式第44号)	〃
⑥ 入院で個室又は上級室を使用した場合(指定医療機関での療養で、都支部様式第1号で請求する場合を除く。)	個室・上級室証明書 (都支部様式第46号)	〃
⑦ 看護を必要とした場合	看 護 証 明 書 (都支部様式第43号)	〃
⑧ 通院に際し、電車、バス等の公共交通機関を使用した場合	移送費明細書 (都支部様式第42号)	医療機関等が通院日について証明したもの
⑨ 通院に際し、タクシー等を使用した場合		医師がタクシー等を必要とする理由、期間及び回数について記載したもの
⑩ その他特に基金が必要と認められた場合	その他の証明書	
⑪ 上記①～⑩の費用及びその他の治療費等を被災者自ら負担した場合	領 収 書 コピー不可	

[注意事項]

- 1 証明書類等は「原本」を添付してください。
- 2 自己負担した場合は「領収書」を添付してください。ただし、移送費の請求で通院に際し、電車・バス等の公共交通機関を利用した場合については、領収書の添付は必要ありません。

療養補償請求書（様式第6号）のチェックポイント

基金に提出する前に、任命権者・所属において、療養補償請求書（様式第6号）を確認してください。

- ※ 受診する前に、当該医療機関が指定医療機関かどうか確認の上、被災職員が正しい様式をもれなく医療機関に持参するよう指導してください。
- ※ 指定医療機関を受診して「療養の給付」を受ける場合は、都支部様式第1号、様式第5号を使用し、指定医療機関から直接、基金に請求します。なお、移送費や補装具など本人負担の療養費の請求については、指定医療機関であっても療養補償請求書（様式第6号）を使用します。

● 表面（1号紙）について・・・職員本人及び医療機関・薬局が記入

チェック欄

	項 目	受領委任	自己負担
1	認定番号、請求回数、請求年月日及び住所について記入しているか。 ふりがな 氏名について、自署又は押印しているか。		
2	「1 補償費用の受領委任」欄について、すべて記入しているか。		/
3	「2 被災職員に関する事項」欄について、すべて記入しているか。		
4	「3 診療費」～「8 療養補償請求金額（3～7の合計額）」欄について、2号紙以下の明細と照合して矛盾なく記入しているか。		
5	<p>【受領委任】</p> <p>「9 送金希望の口座等」欄について、「任意の口座を指定する。」欄にレ点を付けて、受任者の医療機関・薬局等の口座情報（普通・当座の別、フリガナ等）をもれなく記入しているか。</p> <p>「公金受取口座を利用する」欄の個人番号に記入がないことを確認する。記入されていた場合は、黒塗り等により消去すること。</p>		/
6	<p>【自己負担】</p> <p>「9 送金希望の口座等」欄について、</p> <p>1 「任意の口座を指定する。」場合 当該欄にレ点を付けて、職員本人の口座情報（普通・当座の別、フリガナ等）をもれなく記入しているか。 ※ 必要のない個人番号が記載されていないか、任命権者において確認する。記載されていた場合は、黒塗り等により消去すること。</p> <p>2 「公金受取口座を利用する」場合 請求者がマイナンバーカードの公金受取口座を登録しており、その口座を口座振込先とする場合には、当該欄にレ点を付けて個人番号を記入すること。任命権者は、請求者が公金受取口座を登録している事を確認すること。 ※ 個人番号（マイナンバー）を記載した書類を任命権者から基金都支部へ提出する場合、簡易書留または封入・持参すること。 ※ 「公金受取口座を利用する」を選択する場合は、事前に都支部へご連絡ください。</p>		/

● 裏面（2号紙）について・・・診療費について医療機関が記入

※ 医療機関が電算で打ち出したもの等を添付して差し支えない。

チェック欄

	項目	受領 委任	自己 負担
1	「傷病名」欄に、認定通知書記載の認定傷病名を正しく記入しているか。 ※認定されていない傷病（私病等）に関する療養は補償の対象外なので、「傷病名」欄に記載しないこと。		
2	「診療開始日」「診療期間」「診療実日数」を記入しているか。また、災害発生前あるいは治ゆ後の診療ではないか。		
3	「診療費請求合計額」は1号紙の「3 診療費」の額と同額であるか。		
4	「診療報酬点数表により計算できるもの」の合計点数は、添付してある領収書の合計点数と同点であるか。		
5	添付してある領収書の合計金額は1号紙の「3 診療費」の額と同額であるか。		
6	診療機関の証明は、「医師の氏名」欄について、医師本人により自署又は押印されているか。 (※診療機関が電算で打ち出したもの等を添付している場合も、診療機関の証明は必要)		

● 別葉（3号紙）について・・・調剤費について薬局が記入

※ 薬局が電算で打ち出したもの等を添付して差し支えない。

チェック欄

	項目	受領 委任	自己 負担
1	「処方せんを交付した診療機関の名称、所在地」「担当医氏名」を記入しているか。		
2	「調剤期間」を記入しているか。また、災害発生前あるいは治ゆ後の調剤ではないか。		
3	「合計金額」は1号紙の「4 調剤費」の額と同額であるか。		
4	「合計点数」は添付してある領収書の合計点数と同点であるか。		
5	添付してある領収書の合計金額は1号紙の「4 調剤費」の額と同額であるか。		
6	薬局による証明がされており、「薬剤師の氏名」欄について、薬剤師本人により自署又は押印されているか。 (※薬局が電算で打ち出したもの等を添付している場合も、薬局の証明は必要)		

● 別葉〔診療費請求明細〕 歯科用について・・・診療費について歯科の診療機関が記入

※ 診療機関が電算で打ち出したもの等を添付して差し支えない。

チェック欄

	項目	受領 委任	自己 負担
1	職員氏名、診療月、診療実日数、診療日を記入しているか。また、災害発生前あるいは治ゆ後の診療ではないか。		
2	「傷病名部位」欄に認定傷病名を正しく記入しているか。 (※認定されていない傷病(私病等)に関する療養は、補償の対象外)		
3	「請求額」は1号紙の「3診療費」の額と同額であるか。		
4	「点数で算定するものの合計」の点数は、添付してある領収書の合計点数と同点であるか。		
5	添付してある領収書の合計金額は1号紙の「3診療費」の額と同額であるか。		
6	診療機関の証明は、「歯科医師の氏名」欄について、歯科医師本人により自署又は押印されているか。 (※診療機関が電算で打ち出したもの等を添付している場合も、診療機関の証明は必要)		

● その他のチェック事項

チェック欄

1	自己負担分を請求する場合、領収書を添付しているか。	
2	移送費については、医師が通院日を(タクシーの場合は理由についても)証明した「移送費明細書」の添付があるか。また、経路は合理的で、通勤手当との重複支給はないか。	
3	コルセット、固定装具等購入については、当該装具の必要性に関する医師の証明があるか。また、購入年月日と被災日・治ゆ日とに矛盾がないか。(なお、「補装具証明書」に代えて、療養補償請求書の2号紙の摘要欄等に医師が記入してもよい。)	
4	個室・上級室利用については、その理由、期間に関する医師の証明があるか(なお、「個室・上級室証明書」に代えて、療養補償請求書の2号紙の摘要欄等に医師が記入してもよい。)	
5	文書料について、保険請求や職場に提出するための診断書料等を請求していないか。	

公務災害又は通勤災害の療養を共済組合員証を 提示して受診したときの手続きについて

負傷や疾病が公務（通勤）災害に該当する場合には、共済組合員証を使用することはできません（P.116「第3章 第1節 第2 1 (3)共済組合員証を使用したとき」参照）が、やむを得ず共済組合員証を提示して受診せざるを得ない場合の手続きは以下のとおりです。

1 認定前の手続

受診後、速やかに共済組合に対し、受診した医療機関、受診開始日等を連絡してください。

2 認定後の手続

(1) 負傷や疾病が公務（通勤）災害として認定された場合は、その旨を医療機関に伝え、公務（通勤）災害の取扱いに直ちに切り替えてください。

(2) これまでの医療費をさかのぼって公務（通勤）災害扱いに切り替えられるかどうか医療機関に必ず相談してください。

ア 切り替えられる場合

被災職員が負担していた一部負担金等について医療機関から返金を受け、当該療養費は、公務（通勤）災害の「療養の給付」又は「療養費の請求」により改めて請求します。

イ 切り替えられない場合

(ア) 自己負担した費用は、「療養補償請求書（様式第6号）」に領収書を添付し、医療機関の証明を受けた上で所属（任命権者）を経由して、基金に請求します（P.122～124「療養補償請求書（様式第6号）のチェックポイント」参照）。

(イ) 切り替えられない分について所属担当者は下記共済組合に次の①から③を連絡し、認定通知書の写しを2通送付してください。

- ① 医療機関の名称・所在地・電話番号
- ② 受診期間（外来・入院の別ごと）
- ③ 組合員証番号

○ 東京都職員共済組合

年金保険部医療保険課給付担当 03(5320)7328

〒163-8001 新宿区西新宿 2-8-1 東京都庁第一本庁舎北塔 39 階

○ 公立学校共済組合東京支部

給付貸付課短期給付担当 03(5321)1111 内線 53-683 直通 03(5320)6827

又は東京都教育庁福利厚生部福利厚生課公務災害担当 内線 53-617 直通 03(5320)6819

〒163-8001 新宿区西新宿 2-8-1 東京都庁第二本庁舎南側 14 階

○ 警察共済組合警視庁支部

給付課医療給付係 03(5635)1211

〒135-0016 江東区東陽 7-3-5 3 階

○ 東京都市町村職員共済組合

保険福祉課保険担当 042(528)2194

〒190-8573 立川市錦町 1-12-1 ホテル日航立川東京(共済会館) 5 階