

V 補償請求事務及び福祉事業申請事務

公務上の災害又は通勤による災害を受けた職員（遺族）には、その災害の内容等に応じて公務災害補償制度上の各種の給付が支給されます。

給付は、「補償」と「福祉事業」の2つに分かれます。

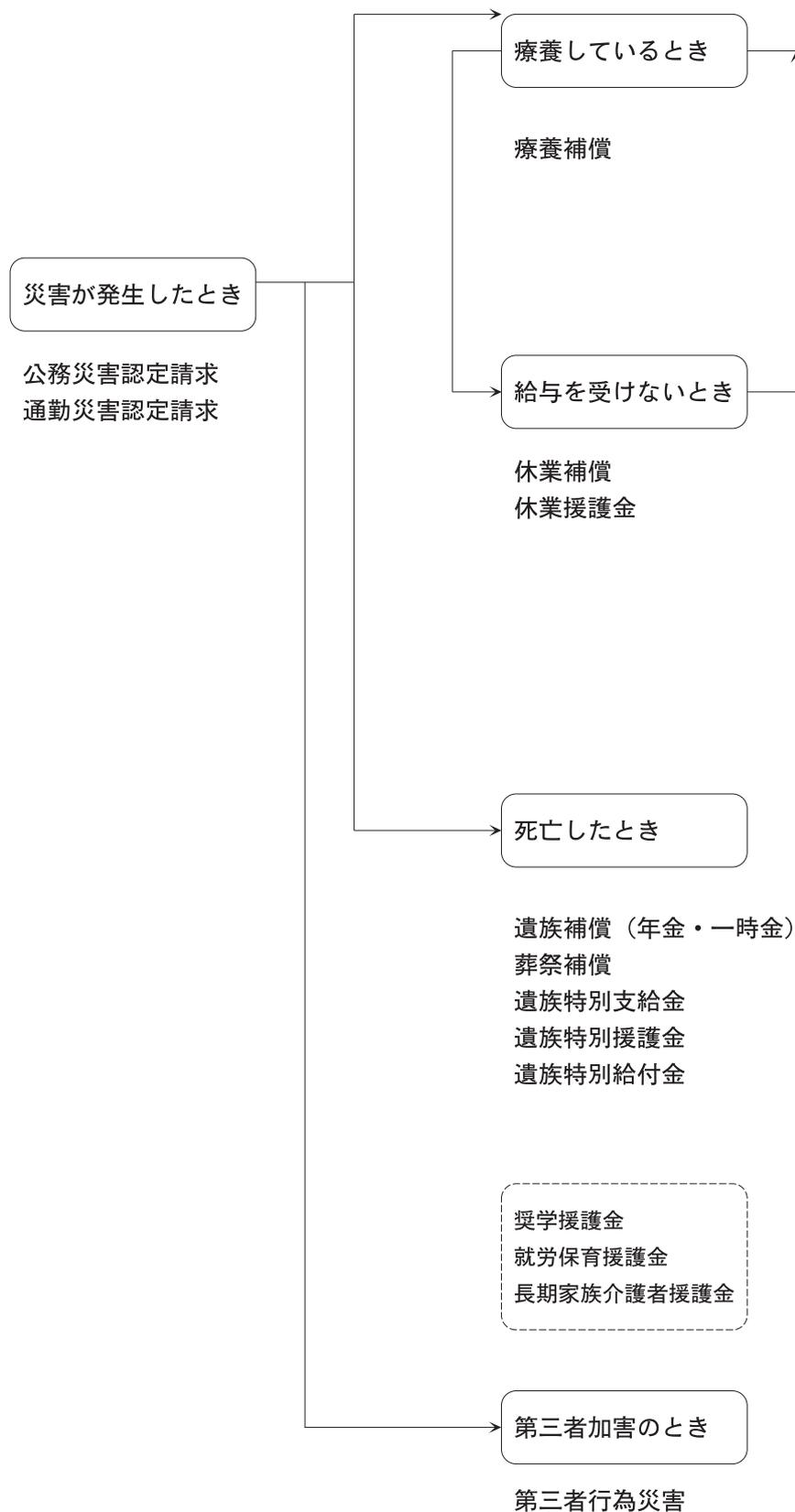
補償……任命権者の無過失賠償責任に基づき被災職員の稼働能力の喪失に伴う損失の補填を定期的、定額的に行う制度で、法に基づき被災職員の権利としてその請求により支給されます。

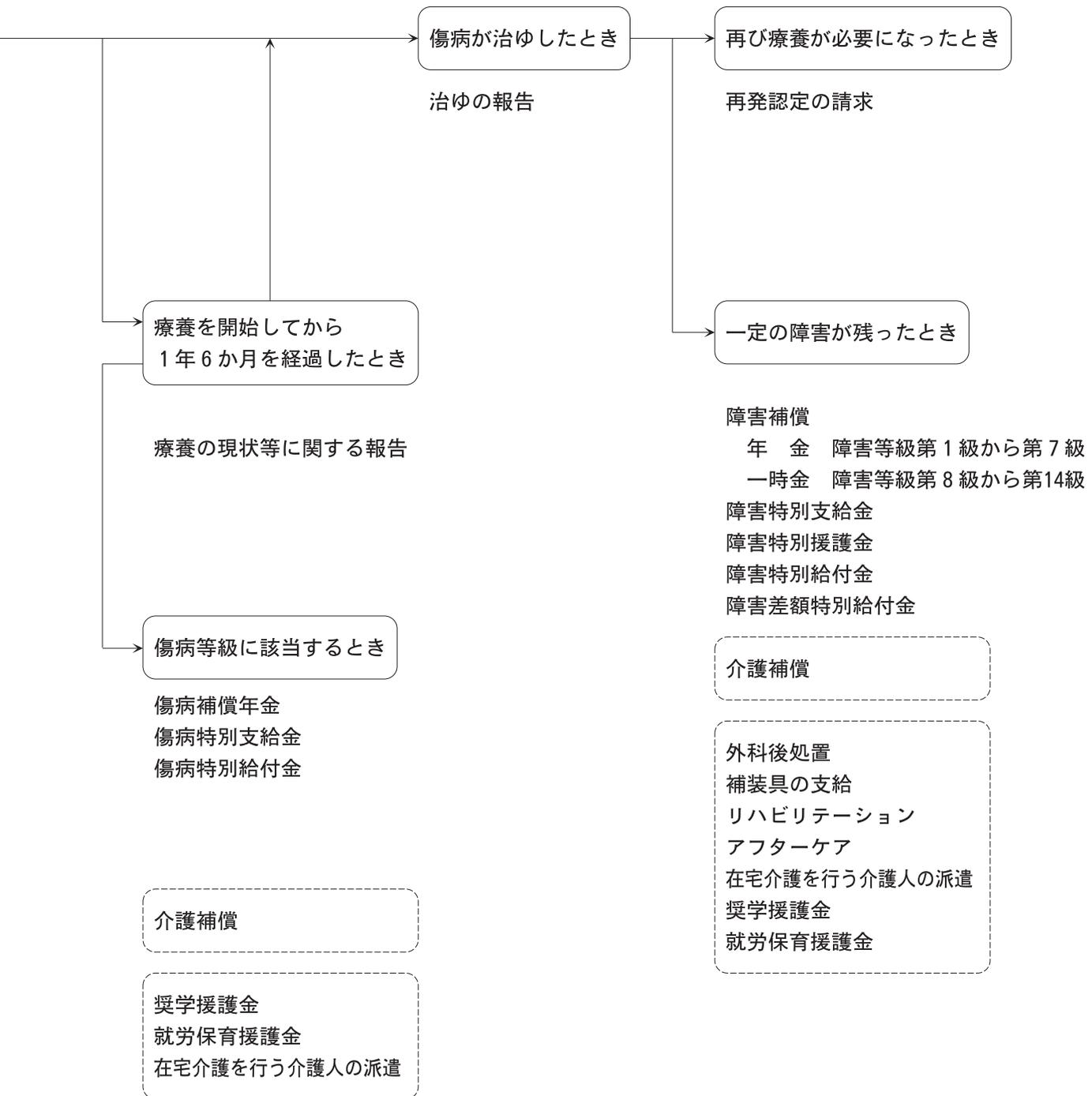
福祉事業…補償によっては、充足されない損失について、被災職員の個々の具体的な事情に応じ、基金が独自に被災職員（遺族）の福祉増進のために実施する制度で、付加給付です。

補償・福祉事業の種類

	補 償	福 祉 事 業
療養期間中	<ul style="list-style-type: none"> ・療 養 補 償 ・休 業 補 償 ・傷 病 補 償 年 金 ・介 護 補 償 	<ul style="list-style-type: none"> ・休 業 援 護 金 ・傷 病 特 別 支 給 金 ・傷 病 特 別 給 付 金 ・奨 学 援 護 金 ・就 労 保 育 援 護 金 ・在宅看護を行う介護人の派遣 (ホームヘルパー派遣事業)
障害が残った場合	<ul style="list-style-type: none"> ・障 害 補 償 年 金 ・(障害補償年金前払一時金) ・障 害 補 償 一 時 金 ・障 害 補 償 年 金 差 額 一 時 金 ・介 護 補 償 	<ul style="list-style-type: none"> ・障 害 特 別 支 給 金 ・障 害 特 別 援 護 金 ・障 害 特 別 給 付 金 ・障 害 差 額 特 別 給 付 金 ・外 科 後 処 置 ・補 装 具 の 支 給 ・リハビリテーション ・アフターケア ・在宅介護を行う介護人の派遣 (ホームヘルパー派遣事業) ・奨 学 援 護 金 ・就 労 保 育 援 護 金
死亡した場合	<ul style="list-style-type: none"> ・遺 族 補 償 年 金 ・(遺族補償年金前払一時金) ・遺 族 補 償 一 時 金 ・葬 祭 補 償 	<ul style="list-style-type: none"> ・遺 族 特 別 支 給 金 ・遺 族 特 別 援 護 金 ・遺 族 特 別 給 付 金 ・奨 学 援 護 金 ・就 労 保 育 援 護 金 ・長期家族介護者援護金
	<ul style="list-style-type: none"> ・未 支 給 の 補 償 	<ul style="list-style-type: none"> ・未 支 給 の 福 祉 事 業

〔1〕 補償・福祉事業事務の流れ





(注) []内のものについては
一定の要件があります。

〔2〕療養補償

1 内 容

(1) 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（指定医療機関における現物補償）、又は必要な療養の費用を支給する（金銭補償）ことをいいます。

(2) 療養補償とは、具体的には、次に掲げるものが対象となります。

区 分	支 給 の 対 象 と な る も の
診 察	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医師及び歯科医師の診察 ・ 療養上の指導及び監視 ・ 診断上又は診療上必要な検査 ・ 診断書、処方箋その他意見書等の文書
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 検査は、現在の医学水準からみて、診療上必要なものに限る。 ・ <u>文書料は、公務災害補償制度上の補償を行うために必要な文書に限られ、他の目的（例 病気休暇申請のため）に使用するものは認められない。（診断書の場合、通常、認定請求書に添付したもの（但し、原本に限る。）のみが対象）</u>
薬剤又は治療材料の支給	<ul style="list-style-type: none"> ・ 内用薬及び外用薬 ・ ガーゼ、包帯、油紙、容器、固定装具、コルセット、副木等の治療材料 ・ 便器、氷のう、水枕、ゴム布等の療養器材
	<ul style="list-style-type: none"> ・ いずれも医師が必要と認めたものに限る。 ・ 日常生活に一般に必要とされるような生活用品（洗面器、コップ、タオル等）は、原則として認められない。 ・ <u>歯科補てつにおけるメタルボンド等の健康保険対象外の材質の使用については、歯科補てつの効果又は技術上の特別の必要がある場合に限られ、単に審美性を目的とした使用は認められない。</u> ・ 抗HBs人免疫グロブリン製剤の注射又はこれに加えたHBVワクチンの接種は、HBs抗原陽性血液による汚染が明白で、HBウイルス感染の危険性が極めて高い場合のみ認められる。
処置、手術その他 の治療	<ul style="list-style-type: none"> ・ 包帯の巻替、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 ・ 切開、創傷処置及び手術並びにこれらに伴う麻酔 ・ 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 ・ 温泉療法、マッサージ、はり、きゅう、柔道整復等で医師が必要と認めたもの
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 柔道整復師が脱臼又は骨折に対する施術を行った場合、医師の同意を得たものに限り対象とする（応急処置や打撲又は捻挫の患部に対する施術については、医師の同意は不要）。 ・ はり、きゅう、マッサージは、医師が必要と認めたものに限り対象となる。 ・ 熱気療法、温浴療法等は、医師の指導のもとに行われるものに限り対象となる。 ・ 温泉療法は、医師の直接の指導のもとに行われたものに限り対象となる。

区 分	支 給 の 対 象 と な る も の
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	<ul style="list-style-type: none"> • 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 • 居宅における療養に伴う世話その他の看護 <ul style="list-style-type: none"> 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。） イ 重傷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。）
	<ul style="list-style-type: none"> • 看護料は、当該地方の看護師（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は当該者）の慣行料金による。 • 看護料等に食事が含まれていない場合は、一日につき1,800円の範囲内で現実に要した食事の費用 • 看護料の支給要件 <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <ul style="list-style-type: none"> ア 病状が重篤であって、絶対安静を必要とし、看護師等の常時監視を要し、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 イ 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、看護師等の常時監視を要し、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 ウ 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者、食事及び用便について常時介助を必要とする者等で、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 </div>
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	<ul style="list-style-type: none"> • 病院又は診療所への入院 <ul style="list-style-type: none"> ア 入院（入院に伴う食事を含む。） イ 入院中死亡した場合の死体の安置 • 病院又は診療所における療養に伴う世話その他の看護 <ul style="list-style-type: none"> ア 重傷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（ただし原則として入院している場合は認められない。） イ 看護師又は看護を行う者を得られないためにこれに代わって家族が付添った場合は、その付添の費用
	<ul style="list-style-type: none"> • 個室又は上級室の使用は、次のいずれかの条件に該当する場合に限り対象となる。（本人の希望によって使用した場合は自己負担となる。） <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <ul style="list-style-type: none"> ア 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 イ 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 ウ 被災職員が赴いた病院又は診療所の普通室が満床で、かつ、緊急に入院療養させる必要がある場合 エ その他特別な事情があると認められる場合 </div> • 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は対象となる。（ただしテレビ、ラジオ等個人的に使用したものは対象とならない。） • 看護料は、当該地方の看護師（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は当該者）の慣行料金により、付添の費用は、当該地方の看護を行う者の慣行料金による。

区 分	支 給 の 対 象 と な る も の
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 看護料等に食事が含まれていない場合は、一日につき1,800円の範囲内で現実に要した食事の費用 ・ 看護料の支給要件 (「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」の支給要件に同じ。)
移 送	<ul style="list-style-type: none"> ・ 災害の発生場所から病院等まで移送する場合又は療養中に他の病院等へ転送を必要とする場合の交通費、人件費及び宿泊料 ・ 病院等への受診又は通院のための交通費 ・ 独歩できない場合の介護付添に要する費用 ・ 災害の発生場所、病院等から自宅までの死体運搬の費用
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 通院等のための交通費は、原則として電車、バス等の公共交通機関の利用について認められ、通院等しなかったならば要しなかったであろう費用が対象となる。 ・ タクシー等の利用は、傷病の部位及び状況、当該地域の交通事情等からみて、やむを得ない場合に限り対象となる。

(3) 療養の現状等に関する報告書の提出

公務災害（通勤災害）で療養している者は、療養開始後1年6か月を経過した日において、その傷病が治っていないときは、その日から1か月以内に「療養の現状等に関する報告書」を所属長の確認を得て任命権者を經由して基金へ提出してください。

傷病が治ったときは、速やかに「治ゆ報告書」を提出してください（P118参照）。

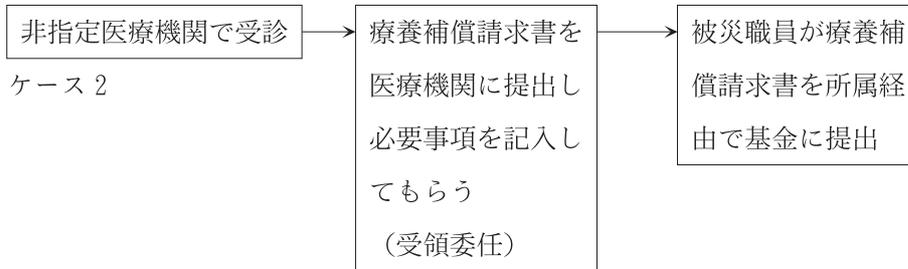
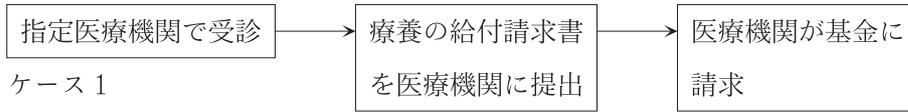
※消費税について

法の規定に基づき支給される次のものに係る消費税は非課税とされていますので、医療機関で支払いを行う場合には十分注意してください。

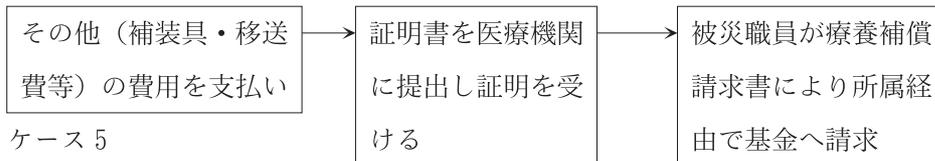
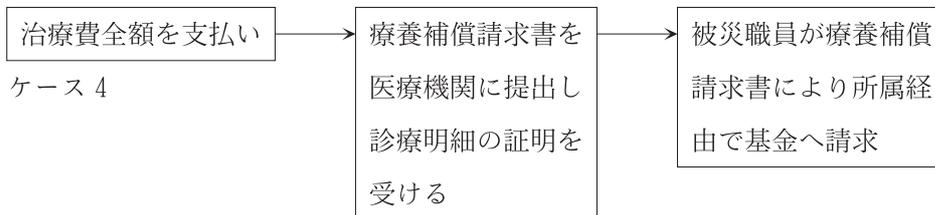
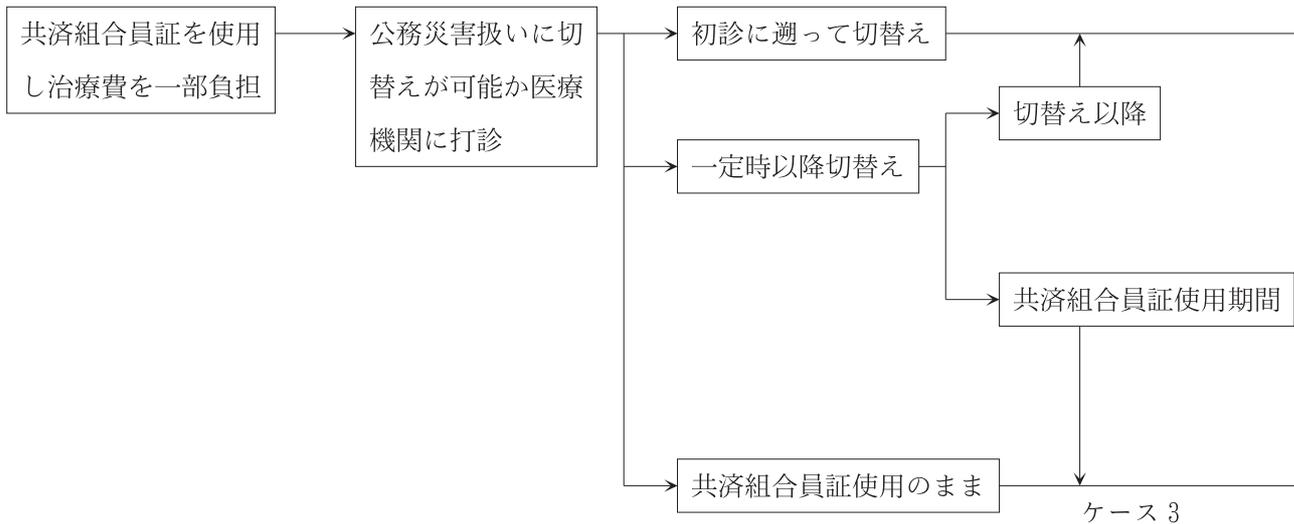
- ・ 療養（診察、薬剤又は治療材料の支給、処置、手術その他の治療、病院又は診療所への収容及び看護）のための費用（アフターケアなどの福祉事業として行われる医薬も含む。）
- ・ 医療機関が療養上必要と認めた場合や特別の病室以外の病室が満室であった場合等、被災職員の選定にかかわらず特別の病室の提供等がなされた場合の入院室料差額
- ・ 認定請求のための診断書、障害補償請求のための障害診断書、療養の現状報告及び障害の現状報告に記載する医師の証明に係る文書料等

2 事務の流れ

<被災職員が治療費等を支払っていない場合>



<被災職員が治療費等を支払った場合>



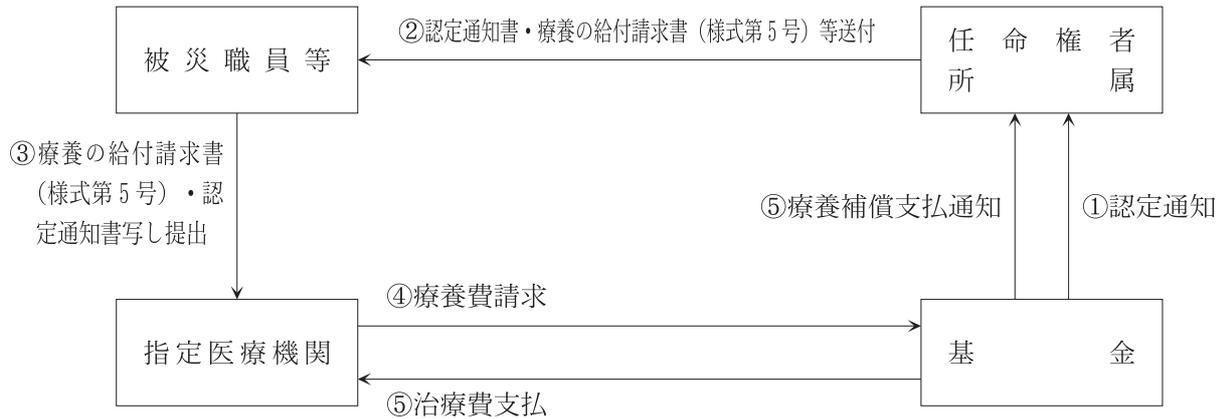
※院外処方の場合は、薬局へも別に療養補償請求書を提出する必要があります。



3 請求手続

(1) 指定医療機関を受診し、治療費等を支払っていない場合（ケース1、療養の給付請求）

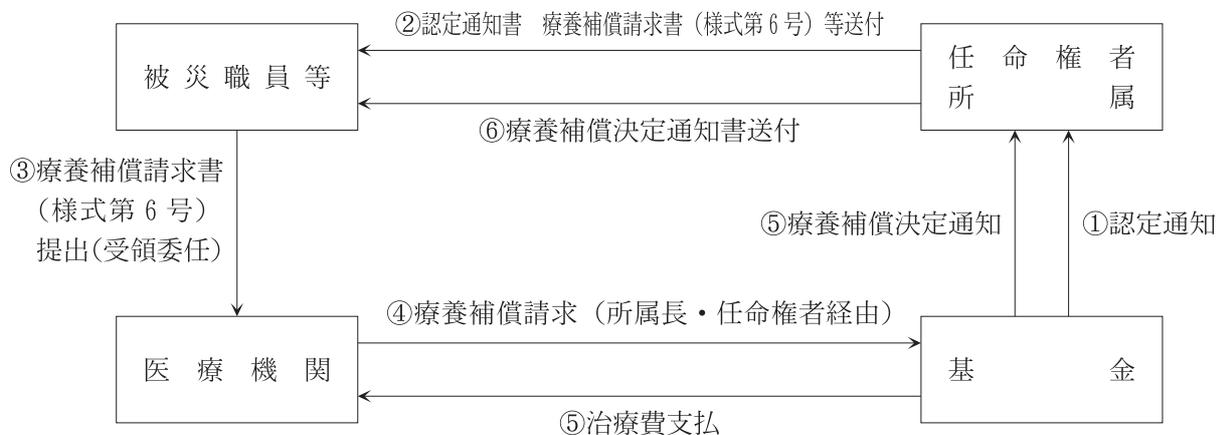
各所属・任命権者は、基金から公務上（通勤該当）の認定通知書が送付されたら、被災職員等に対して、直ちにその通知書と療養の給付請求書（様式第5号）等を送付し、療養の給付請求書（様式第5号）に必要事項を記入のうえ認定通知書の写しを添付し医療機関に提出するよう指導してください。



※指定医療機関の名称及び所在地は、資料（P238）に掲載しています。

(2) 非指定医療機関を受診し、治療費等を支払っていない場合（ケース2、受領委任）

各所属・任命権者は、基金から公務上（通勤該当）の認定通知書が送付されたら、被災職員等に対して、直ちにその通知書と療養補償請求書（様式第6号）等を送付し、療養補償請求書（様式第6号）に必要事項を記入のうえ医療機関に提出するよう指導してください。被災職員等が、医療機関から必要事項を記入してもらった療養補償請求書（様式第6号）を受領したら、所属長・任命権者経由で基金に提出してください。また、これ以降も、医療機関の指示に従い、必要な都度（通常は1月に1回）、療養補償請求書（様式第6号）を提出し、同様の処理をしてください。



(受領委任とは)

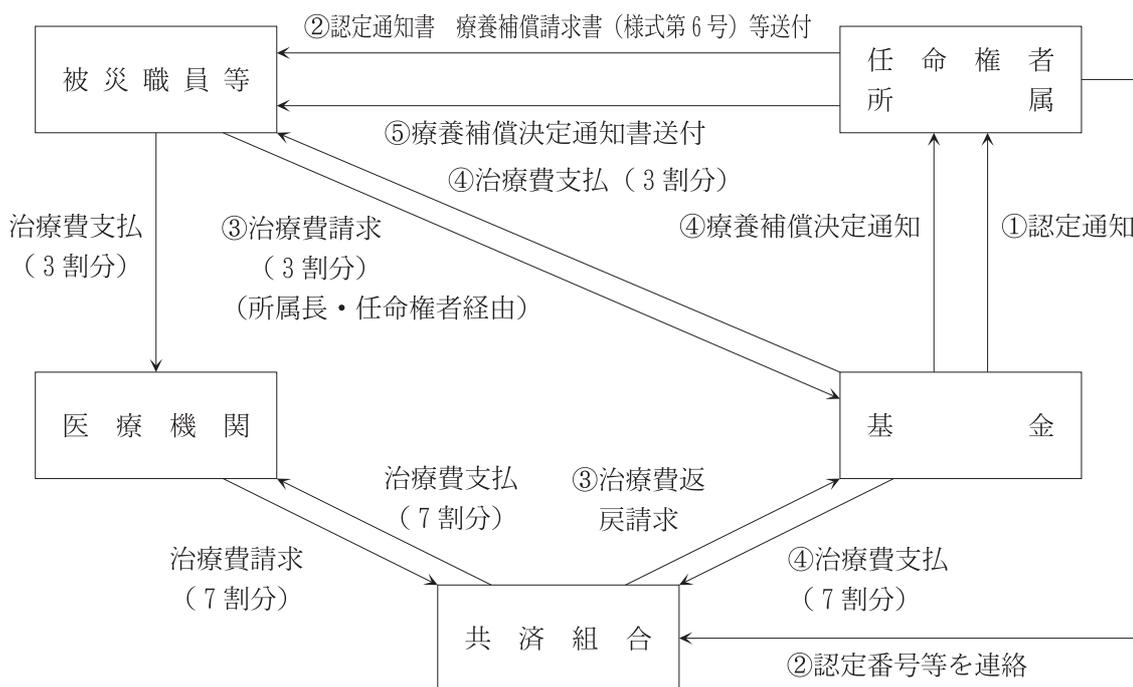
療養補償は被災職員自身が請求し受領するものですから、本来ならば、被災職員が治療費の全額を医療機関に支払った後に基金に対して療養補償の請求をしなければなりません。これは、被災職員に過分の負担を強いるものです。そのため、実務においては、被災職員が基金に対して療養補償の請求は行うものの、その受領を医療機関に委任することによって、被災職員が一時的にせよ費用の立替えをしなくても済む便法（受領委任）が採られています。

(3) 共済組合員証を使用して受診した場合（ケース3）

公務（通勤）災害の治療については、原則として共済組合員証等の使用はできないことになっています。また、共済組合員証等を使用すると療養補償の事務処理も非常に煩雑になりますので、公務（通勤）災害の認定請求をする場合には、当初から共済組合員証等を使用しないよう指導してください。

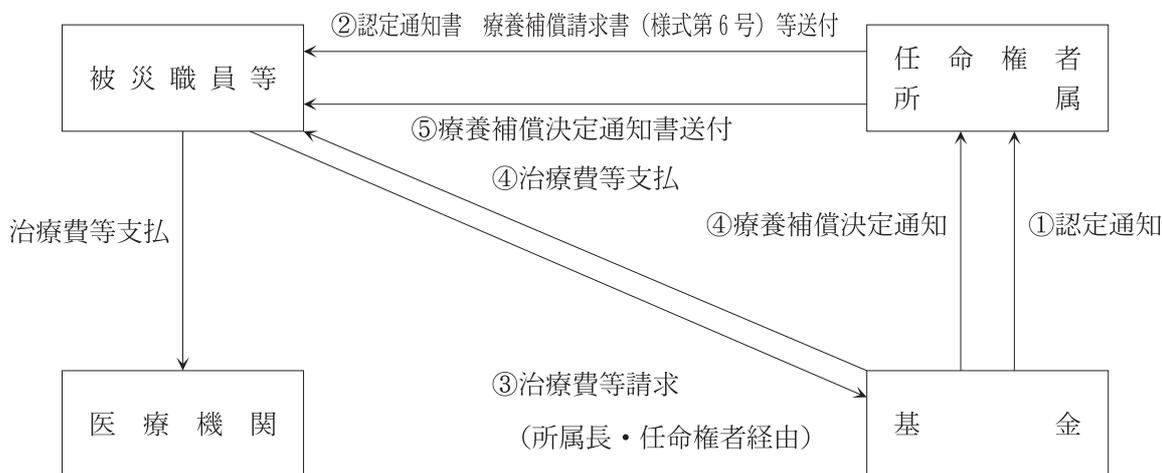
なお、誤ってあるいはやむを得ず共済組合員証等を使用した場合には、できる限り医療機関の協力を得て、初診から共済組合員証等を使用しなかった形の処理ができるようお願いします。（必要に応じて基金にご相談ください。）

結果としてやむを得ず、共済組合員証等を使用した場合は、基金から認定通知書が送付されたら、任命権者において、直ちに当該共済組合等へ被災職員の氏名、災害年月日、認定番号等を連絡してください。また、被災職員等に対しては、その通知書と療養補償請求書（様式第6号）等を送付し、療養補償請求書（様式第6号）に必要事項を記入のうえ、医療機関に提出するよう指導してください。被災職員等が、医療機関から必要事項を記入してもらった療養補償請求書（様式第6号）を受領したら、所属長・任命権者経由で、被災職員が支払った治療費（3割分）の請求を行うよう指導してください。



(4) 被災職員が治療費等を支払った場合（ケース4、本人請求）

各所属・任命権者は、基金から公務上（通勤該当）の認定通知書が送付されたら、直ちに被災職員等とその通知書と療養補償請求書（様式第6号）等を送付し、療養補償請求書（様式第6号）に、必要事項を記入のうえ、所属長・任命権者を經由して、被災職員が支払った治療費（10割分）の請求を行うよう指導してください。

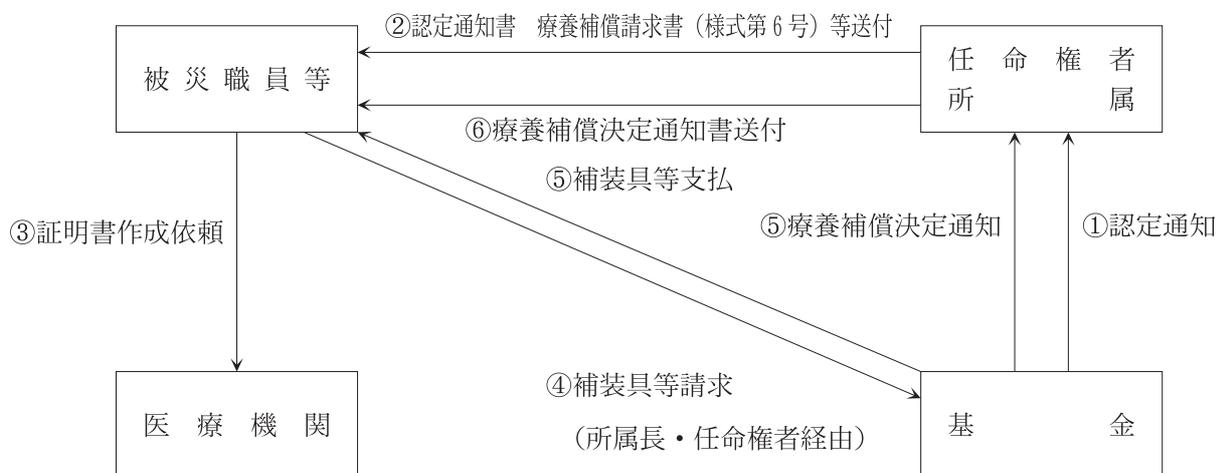


(5) その他（補装具・移送費等）を支払った場合（ケース5、本人請求）

補装具や移送費等の場合、療養補償請求書（様式第6号）に必要事項を記入のうえ、それぞれ所定の様式に医療機関からの証明を記入してもらったものを添付し、所属長・任命権者を經由して、被災職員が支払った費用の請求を行うよう指導してください。

〈添付する書類の一例〉

- ・補装具：補装具証明書（支部様式第7号）、領収書及び明細書
- ・移送費：通院日数証明書・移送費明細書（支部様式第6号）、経路図（自家用車の場合）、領収書（タクシーの場合）



* 公金受取口座とは
：個人番号とともに事前に国（デジタル庁）に預貯金口座情報を登録することで、給付金等の支給事務に利用される公的給付支給等口座です。

(6) 公金受取口座での受け取りについて

療養補償や年金等について、公金受取口座での受け取りを希望する場合は、口座情報を記載する代わりにマイナンバーを記載して、公金受取口座*において補償等を受け取ることができます。公金受取口座の利用を希望する場合の注意事項は、以下のとおりです。

① 公金受取口座の利用にあたっては、事前に、マイナンバーカードを取得し公金受取口座の登録を行ってください。手続き等については、デジタル庁のホームページ等を御確認ください。

② 口座情報（金融機関名や口座番号等）を記載する必要はありません。なお、公金受取口座での受け取りを希望しない場合には、個人番号を記載しないでください。

ただし、情報提供ネットワークシステムにおいて公金受取口座情報が取得できない等、正しく情報連携できず送金ができない等の事態が生じた際には、振込可能な口座の情報を別途お伺いしますので御承知おきください。

③ 請求書を所属へ提出する際、所属担当者にマイナンバーカード等の本人確認書類等を提示して、個人番号確認と身元確認を受けてください。所属担当者は、個人番号を確認した後、各所属の取扱いに則して個人番号が記載された書類として取り扱うよう十分に御留意ください（例：請求書の写しを保存する際には、個人番号を隠して複写する。等）。

なお、所属の総務事務のために取得している個人番号は、利用目的が異なりますので御注意ください。また、所属において本人確認を行った場合は、本人確認書類等の写しは添付不要です。本人が直接基金へ請求書を提出する等、所属において本人確認を行わない場合には、本人確認書類等のコピーを添付してください。

④ 公金受取口座での受け取りを希望しない場合は、個人番号（マイナンバー）を記載しないでください。

(記載例1) 医療機関に受領委任した場合

様式第6号

1号紙

療養補償請求書

認定番号	〇〇-〇〇〇〇〇〇〇
請求回数	第1回(〇年〇月分)

必ず認定番号を記入してください。

地方公務員災害補償基金静岡県支部長 殿 下記の療養補償を請求します。		請求年月日 令和〇年〇月〇日 請求者の住所 〇〇市〇〇町〇〇番地 氏名 静岡太郎	
1 補償費用の受領委任	この請求書による療養補償の費用の受領を 〇〇医院〇〇〇〇 に委任します。 委任者の氏名 静岡太郎	請求者が記入してください。	
	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 { 住所 静岡市葵区〇〇町〇〇丁目〇 医療機関等の名称 〇〇医院 氏名(代表者名) 〇〇〇〇 }		医療機関で記入してください。
2 被災する職員に	所属団体名 静岡県 氏名 静岡太郎 平成〇年〇月〇日生(〇歳)	所属部局名(電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇) 〇〇部〇〇課〇〇班 職名 主事 <input checked="" type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員 負傷又は発病の年月日 令和〇年〇月〇日	請求者が記入してください。
	3 診療費 内訳は「*10 診療費請求明細」欄記載のとおり 18,232 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 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 年 月 日まで 6 移送費 <input type="checkbox"/> 交通費 円 から まで キロメートル <input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復 <input type="checkbox"/> その他の移送費	医療機関で記入してください。	
7	上記以外の療養費 円		
8	療養補償請求金額(3~7の合計額) 18,232 円		
9 送金希望口座等	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する 個人番号	必ずフリガナを記入してください。	
	<input checked="" type="checkbox"/> 任意の口座を指定する 金融機関名 〇〇銀行 本店等名 〇〇支店 口座種別 <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 口座番号 1234567 口座名義人 法人機関又は役職の名称(フリガナ) 〇〇〇〇 氏名(フリガナ) 〇〇〇〇 <input type="checkbox"/> 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
*通知 年 月 日	*支払 年 月 日	*決定金額 円	

[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、第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」の欄には、入院料に食事代を含まない場合の食事料及び「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、その領収書及び明細書を添付すること。
- 6 「*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。
- 7 「診療報酬点数表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。
- 8 「請求者の氏名」の欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができる。
- 9 年月日の記載には元号を用いる。

認定傷病名

2号紙

*10 診療費請求明細		(職員氏名) 静岡太郎	
傷病名	ア 右下腿骨骨折 イ ウ	診療開始日	令和5年9月15日 イ 年 月 日 ウ 年 月 日
初診	時間外・休日・深夜 回 点	診療期間	令和5年9月15日から 令和5年9月30日まで
再診	再診料 × 回数 外来診療料 × 回数 継続管理加算 52 × 3 回数 外来管理加算 × 回数 時間外 × 回数 休日 × 回数 深夜 × 回数	傷病の経過	外来通院、消炎鎮痛等処置 経過観察を要する。
指導		転帰	令和5年9月30日
在宅	往夜間 × 回数 深夜・緊急 × 回数 在宅患者訪問診療 × 回数 その他 × 回数	治ゆ (継続) 転医 中止 死亡	
投薬	内服 { 薬剤調剤 × 単位回数 屯服 { 薬剤調剤 × 単位回数 外用 { 薬剤調剤 × 単位回数 処方 × 回数 麻毒調基 × 回数	摘要 私的なものは認められません	
注射	皮下筋肉内 × 回数 静脈の内他 × 回数	初診料 3,820円 再診料 4,200円 8,020円	
処置	薬剤 4 回数 144 12	処置 * ○○○○処置 24×1.5×4 ○○○○ (10cm×14cm) 1枚 3×4	
手術・麻酔	薬剤 × 回数	画像 * ○○撮影 (○○) 1枚 171×1 * ○○○○ (○○) 1枚 232×1	
検査	薬剤 × 回数	その他 * 処方せん料 68×2	
画像診断	薬剤 2 回数 403	食事 基準 円× 日間 円× 日間 円× 日間	
その他	処方せん 2 回数 136	診療報酬点数表により計算できるもの 合計点数 851 × 1点単価 12 10,212 円	
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 × 日間	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 8,020 円	
入院	特定入院料・その他	診療費請求合計額 18,232 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 { 所在地 名称 医師の氏名	

「治ゆ」欄に○印が付けられていたら「治ゆ報告書」を提出するように指導してください。

明細(薬品名・検査名・治療材料等)を記入

消費税はかかりません

医療機関で記入

(注) 本様式への記載に代えて医療機関が電算で打ち出したもの等を明細として添付することができます。また、歯科医院の場合は、歯科用「診療費明細書」を添付することができます。

※歯科にかかったときはこちらの様式を添付してください。

支部様式第22号 診療費請求明細書（歯科用）

(職員氏名)										令和 年 月分 (診療実日数 日)					
診療日	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31														
傷病名 部位	必ず傷病名を記入すること (認定傷病名)										転 帰				
初診	加算 (時間外 ・ 休日 ・ 深夜 ・ その他 ())										点				
再診	加算 (時間外 ・ 休日 ・ 深夜 ・ その他 ())														
管理	齲	齲	齲	齲	F局	F洗	医	その他							
投薬・注射	内屯外注										調	処	情	処	注
X線検査	鐘 枚	模	S 培	平測	基本検査	精密検査	その他								
	片鐘 枚	写	顎運動												
	標	EMR													
	パ														
処置・手術	抜	覆	填	駐	知覚	成									
	抜	感	根	根	抜	感	加	生							
	髓	染	管	充	髓	根	圧	切	失						
	充	根	貼												
	SC	SRP 前 小 大													
	PCur	前 小 大 SPT P処													
	抜	乳 前 白 難 理										切開			
	その他										特定薬剤				
麻酔	伝	浸	その他												
歯冠修復及び欠損補綴	補診	維持管理										印象			
	歯冠形成	生	前	失	前	高	形	殆	試						
		活	齲	活	齲	洞	形	台	ナ	大					
		築	タ	造	小	大		支	前	大					
		造	小	小	ニ			台	前	大					
		大	バ	大	銀	修	装	充	充	充					
		大	ニ	大	ニ	理	着	I	II	III					
		14K		大	ニ	装	着	リ	テ	イ					
				14K		材	料	仮	着						
		ポン	テ	バ	大	バ	小	Br	バ	鑄	パ	ニ			
	ック	造	ニ	バ	小	銀	装	ー	曲	上	下				
		前	装	バ	ニ	銀			不	特	保				
	有床義歯	1~4齲													
		5~8齲													
		9~11齲													
		12~14齲													
		総義歯													
	その他														
その他															
合計点数 ①											点				
(点数で算定できないもの等については、裏面に記載してください。)															

「治ゆ」欄に○印が付いたら「治ゆ報告書」を提出するよう指導してください。

診療機関で記入

(記載例2) 療養費を自己負担した場合

必ず認定番号を記入してください。

様式第6号

1号紙

療養補償請求書

		認定番号	〇〇-〇〇〇〇〇〇〇						
		請求回数	第2回(〇年〇月分)						
地方公務員災害補償基金静岡県支部長 殿		請求年月日	令和〇年〇月〇日						
下記の療養補償を請求します。		請求者の住所	〇〇郡〇〇町〇〇番地						
		氏名	おおひとしろう 氏名 大仁次郎						
1 補償費用の受領委任	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 { 住所..... 医療機関等の名称..... 氏名(代表者名).....								
2 被災する職員に	所属団体名	〇〇町		所属部局名(電話番号)	〇〇課〇〇係				
	氏名	大仁次郎		職名	主事		<input checked="" type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員		
	平成〇年〇月〇日生(〇歳)			負傷又は発病の年月日	令和〇年〇月〇日				
3	診療費	内訳は「*10 診療費請求明細」欄記載のとおり					16,050 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	<input type="checkbox"/> 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	年間	看護師の資格		円			
		年 月 日まで		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
6	移送費	<input type="checkbox"/> 交通費		から	まで	キロメートル	<input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復	円	
		<input type="checkbox"/> その他の移送費							
7	上記以外の療養費	円							
8	療養補償請求金額(3~7の合計額)	16,050 円							
9 送金希望口座等	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する								
	個人番号								
	<input checked="" type="checkbox"/> 任意の口座を指定する								
	金融機関名	〇〇銀行		本店等名	〇〇支店				
口座種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		口座番号	9876543					
口座名義人	法人機関又は役職の名称(フリガナ)..... 氏名(フリガナ)..... 大仁次郎								
	<input type="checkbox"/> その他								
*受理(到達した年月日)	所属部局		任命権者		基金支部				
	年 月 日		年 月 日		年 月 日				
*通知	年 月 日		*支払	年 月 日		*決定金額			
						円			

請求者が記入してください。

記入不要です。

請求者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、第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等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」の欄には、入院料に食事代を含まない場合の食事料及び「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、その領収書及び明細書を添付すること。
- 6 「*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。
- 7 「診療報酬点数表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。
- 8 「請求者の氏名」の欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができる。
- 9 年月日の記載には元号を用いる。

必ず領収書を添付してください。

認定傷病名

2号紙

*10 診療費請求明細				(職員氏名) 大 仁 次 郎			
傷病名	ア 右下腿骨骨折 イ ウ			診療開始日	令和5年9月15日	診療期間	令和5年9月15日から 令和5年9月30日まで
初診	時間外・休日・深夜	回	点	診療開始日	イ 年 月 日 ウ 年 月 日	診療実日数	4 日
再診	再診料 外来診療料 継続管理加算 外来管理加算 時間外 休日 深夜	× × × × × × ×	回 回 回 回 回 回 回	156	傷病の経過	外来通院、消炎鎮痛等処置 経過観察を要する。	
指導				転帰	令和5年9月30日		
在宅	往夜 深夜・緊急 在宅患者訪問診察 その他 薬	回 回 回 回	回 回 回 回	治	治	ゆ	(継続) 転医 中止 死亡
投薬	内服 { 薬剤 調剤 } 屯服 { 薬剤 調剤 } 外用 { 薬剤 調剤 } 処方 麻毒 調基	× × × × ×	単位 回 単位 回 単位 回 回 回 回	私的なものは認められません	初診料	3,820円	明細(薬品名・検査名・治療 材料等)を記入
					再診料	4,200円	
注射	皮下 静脈 その他	回 回 回	回 回 回	摘要	8,020円		
処置	薬剤	4	回 回	96 12	処置	* ○○○○処置 24×1.5×4 ○○○○ (10cm×14cm) 1枚 3×4	
手術・麻酔	薬剤		回 回		画像	* ○○撮影 (○○) 1枚 171×1 * ○○○○ (○○) 1枚 232×1	
検査	薬剤		回 回		その他	* 処方せん料 68×2	
画像診断	薬剤	2	回 回	403	食事	基準	円× 日間 円× 日間 円× 日間
その他	処方せん	2	回 回	136	診療報酬点数表により計算できるもの	合計点数	803 × 1点単価
入院	入院年月日	年 月 日			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	8,020 円
	病・診・衣	入院基本料・加算	× 日間 × 日間 × 日間 × 日間		診療費請求合計額		16,050 円
入院	特定入院料・その他				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。)		
				令和○年○月○日	診療機関の	所在地 ○○県○○市○○町10-1 名称 東海整形外科 医師の氏名 東海 一 夫	

「治ゆ」欄に○印が付いたら「治ゆ報告書」を提出するように指導してください。

医療機関で記入

消費税はかかりません

(注) 本様式への記載に代えて医療機関が電算で打ち出したもの等を明細として添付することができます。

(記載例3) 共済組合員証を使用して受診した場合

必ず認定番号を記入してください。

様式第6号

1号紙

療養補償請求書

認定番号	〇〇-〇〇〇〇〇〇〇
請求回数	第2回(〇年〇月分)

請求者が記入してください。

地方公務員災害補償基金静岡県支部長 殿 下記の療養補償を請求します。	請求年月日 令和〇年〇月〇日 請求者の住所 〇〇市〇〇町〇〇番地 氏名 富士花子
---	--

記入不要です。

補償費用の受領委任	1	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 { 住所..... 医療機関等の名称..... 氏名(代表者名).....

請求者が記入してください。

被災職員の事項	2	所属団体名 〇〇市 氏名 富士花子 昭和〇年〇月〇日生(〇歳)	所属部局名 (電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇) 〇〇部〇〇課〇〇係 職名 係長 <input checked="" type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員 負傷又は発病の年月日 令和〇年〇月〇日
	3	診療費 内訳は「*10 診療費請求明細」欄記載のとおり	6,450 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 <input type="checkbox"/> 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 年 月 日から 年 月 日まで 日間 { 看護師の資格 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	円
	6	移送費 <input type="checkbox"/> 交通費 円 から まで キロメートル <input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復 <input type="checkbox"/> その他の移送費 円	円
	7	上記以外の療養費	円
	8	療養補償請求金額 (3~7の合計額)	6,450 円

3割自己負担分額を記入してください。(領収証と同額)

必ずフリガナを記入してください。

送金希望口座等	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する 個人番号
	<input checked="" type="checkbox"/> 任意の口座を指定する 金融機関名 〇〇 銀行 本支店等名 〇〇 支店 口座種別 <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 口座番号 0246802 口座名義人 法人機関又は役職の名称(フリガナ) 氏名(フリガナ) 富士花子
	<input type="checkbox"/> その他

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

(注意事項)

- 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。
- 「認定番号」の欄は、第1回目の請求においては、記入する必要はないこと。
- 「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。
- 「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。
- 「7 上記以外の療養費」の欄には、入院料に食事代を含まない場合の食料及び「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、その領収書及び明細書を添付すること。
- 「*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。
- 「診療報酬点数表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。
- 「請求者の氏名」の欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができる。
- 年月日の記載には元号を用いる。

「*10 診療費請求明細」は医療機関で記入してもらってください。

2号紙

*10 診療費請求明細				(職員氏名) 富士花子				
傷病名	ア 左手甲部切創 イ ウ			診療開始日	ア 令和〇年〇月〇日 イ 年 月 日 ウ 年 月 日	診療期間	令和〇年〇月〇日から 令和〇年〇月〇日まで	
初診	時間外・休日・深夜	回	点	傷病の経過	診療実日数 3 日			
再診	再診料 外来診療料 継続管理加算 外来管理加算 時間外 休日 深夜	〇 × 〇 × × × × × × × × × ×	回 〇〇 回 〇〇 回 〇〇 回 〇〇 回 〇〇 回 〇〇		良好			
指導						令和〇年 〇月 〇日		
在宅	往夜 深夜・緊急 在宅患者訪問診察 その他 薬	回 回 回 回		転帰		治ゆ 〇 継続 〇 転医 〇 中止 〇 死亡 〇	摘要	
投薬	内服 { 薬剤調剤 } 屯服 { 薬剤調剤 } 外用 { 薬剤調剤 } 処方 麻毒調基	× × × 〇 × 〇 ×	単位回 回 回 回 〇〇 回	処方 〇〇〇 〇〇×〇〇 注射 〇〇〇 〇〇×〇〇 処置 〇〇〇 〇〇×〇〇 検査 〇〇〇 〇〇×〇〇 レントゲン 〇〇〇 〇〇×〇〇	薬品名、検査名、治療材料等の明細を記入してください。 「治ゆ報告書」を提出するよう指導してください。 自己負担（3割分）分の領収書等を添付してください。紛失した場合は、支払証明書を添付してください。			
注射	皮下 筋肉 静脈 その他	〇〇 〇〇 〇〇 〇〇	回 〇〇 回 〇〇 回 〇〇 回 〇〇					
処置	薬剤	〇〇	回 〇〇 回 〇〇					
手術・麻酔	薬剤		回 〇〇 回 〇〇					
検査	薬剤	〇〇	回 〇〇 回 〇〇					
画像診断	薬剤	〇〇	回 〇〇 回 〇〇					
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 × 日間 × 日間						
院	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				食事	基準	円× 日間 円× 日間 円× 日間		
診療報酬点数により計算できないもの				合計点数 1点単価 2,150 × 10 21,500 円				
診療費請求合計額				診断書料・入院室料差額等 円				
				診療費請求合計額 21,500 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。)								
令和〇年 〇月 〇日				診療機関の { 所在地 〇〇市〇〇町〇〇番地 名称 〇〇整形外科医院 医師の氏名 医師 〇 〇 〇 〇				

(注) 本様式への記載に代えて医療機関が電算で打ち出したもの等を明細として添付することができます。

(記載例 4) 療養補償請求書 (薬局) (受領委任の場合)

様式第 6 号

1 号 紙

療 養 補 償 請 求 書

		認定番号	〇〇〇〇 - 〇〇〇〇
		請求回数	第 〇 回 (〇 年 〇 月分)
地方公務員災害補償基金静岡県支部長 殿		請求年月日	令和 2 年 0 月 00 日
下記の療養補償を請求します。		請求者の住所	〒000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町 1 - 2
		氏名	阿部太郎
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	(株)千代田調剤薬局 に委任します。	
		阿部太郎	
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	住所	静岡市葵区千代田町〇-〇	
	医療機関等の名称	株式会社千代田調剤薬局	
	氏名(代表者名)	代表取締役 千代田一郎	
2	所属団体名	静岡県	所属部局名 (電話番号 221-1111) 〇〇局〇〇部
	氏名	阿部太郎	職名 主事 <input checked="" type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員
被災職員の項	平成〇年 2 月 1 日生 (〇 歳)	負傷又は発病の年月日	令和 5 年 7 月 1 日
3	診療費	内訳は「*10 診療費請求明細」欄記載のとおり	円
4	調剤費	内訳は「*11 調剤費請求明細」欄記載のとおり	7,970 円
5	看護料	<input type="checkbox"/> 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 年 月 日まで 日間 (看護師の資格) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	円
6	移送費	<input type="checkbox"/> 交通費 から まで キロメートル <input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復	円
		<input type="checkbox"/> その他の移送費	
7	上記以外の療養費		円
8	療養補償請求金額 (3~7の合計額)		7,970 円
9	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する		
	個人番号		
	<input checked="" type="checkbox"/> 任意の口座を指定する		
	金融機関名 ×× 銀行 本支店等名 △△ 支店 <input type="checkbox"/> 口座種別 <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 口座番号 0050432 口座名義人 法人機関又は役職の名称(フリガナ) 株式会社千代田調剤薬局 氏名(フリガナ)		
<input type="checkbox"/> その他			
*受理 (到達した年月日)	所属部局	任命権者	基金支部
	年 月 日	年 月 日	年 月 日
*通知	年 月 日	*支払	*決定金額
		年 月 日	円

本人記入

薬局で記入

[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、第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」の欄には、入院料に食事代を含まない場合の食事料及び「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、その領収書及び明細書を添付すること。
- 6 「*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。
- 7 「診療報酬点数表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。
- 8 「請求者の氏名」の欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができる。
- 9 年月日の記載には元号を用いる。

*11 調剤費請求明細			(職員氏名) 阿部太郎							
処方せんを交付した診療機関の		名称	葵外科病院							
		所在地	静岡市葵区千代田町〇-〇							
担当医氏名		1. 葵 次郎		3.		2.			4.	
調剤期間		令和5年8月9日から5年8月28日まで20日間							調剤実日数 2日	
医師番号	処方月日	調剤月日	処方			調剤数量	調剤報酬点数			
			医薬品名・規格・用量・剤型・用法		単位薬剤料		調剤料	薬剤料	加算料	
	.	.			点		点	点	点	
1	8・9	8・9	〇〇〇〇錠	3T	16	14	63	224	後2	
	8・28	8・28	〇〇〇	3T			63	224	後2	
	.	.	〇〇〇〇細粒「〇〇」	2g						
	.	.	「内服」分包 毎食後服用							
	.	.								
1	8・9	8・9	〇〇〇〇 50mg	10個	87	1	10	87		
	.	.	「外用」							
	.	.								
	.	.								
	.	.								
	.	.								
	.	.								
	.	.								
	.	.								
	.	.								
	.	.								
	.	.								
	.	.								
処方せん受付回数	2回		摘要							
調剤基本料 (点)	時間外加算等 (点)		指導料 (点)		合計点数		797点			
88			2		34		合計金額 7,970円			
<p>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、調剤に当たった薬剤師に療養補償の費用の受領を委任する場合は不要です。)</p> <p>年 月 日</p> <p>薬局の { 所在地 } 名称 } 薬剤師の氏名</p>										

薬局で記入

かぜ薬などの私病のものは認められません。

消費税はかかりません

(注) 本様式への記載に代えて薬局が電算で打ち出したものを明細として添付することができます。

(記載例5) はり・きゅう・マッサージ同意書

この同意書は、療養補償請求書に添付してください。

支部様式第5号 (用紙 日本産業規格A4縦型)

は り
き ゅ う 同 意 書
マ ッ サ ー ジ

必ず認定番号を記入してください。

認定番号 ○○-○○○○○○

被災職員	住 所	○○郡○○町○○番地		
	氏 名	大 仁 次 郎	生年月日	昭和○年 ○月 ○日
傷 病 名	右足下腿骨々折			
発病又は負傷の年 月 日	令和○年○月○日	療養開始年月日	令和○年○月○日	
同意した理由	右足下腿部に拘縮が認められ、運動障害及び運動時痛に対するマッサージによる治療が必要である。			
施術の種類別	マッサージ はり きゅう その他()			
施術の部位	(左・右) (上肢・下肢) 軀幹 その他()			
施術を必要と認めた期間	令和○年○月○日から令和○年○月○日まで			
施術を必要と認めた期間内に施術を受ける必要回数	1か月4回程度を必要とする。			
施術所	所在地	○○郡○○町○○番地		
	施術所名	○○施術院○○○○		
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和○年○月○日				
医療機関の { 所在地 ○○郡○○町○○番地 名称 ○○外科医院 担当医師 医師 ○ ○ ○ ○				

請求者が記入してください。

医療機関で記入してもらってください。

〔注意事項〕 この同意書は3か月を限度としますので、3か月を超えてマッサージ等を行う場合は再提出してください。

(記載例 6) 通院日数証明書・移送費明細書

この証明書は、療養補償請求書に添付してください。

支部様式第 6 号 (用紙 日本産業規格 A 4 縦型)

通院日数証明書・移送費明細書

必ず認定番号を記入してください。

請求者が記入してください。

被災職員	所属団体名	〇〇課〇〇係	認定番号	〇〇-〇〇〇〇〇〇
			氏名	大 仁 次 郎

1 通院の状況等

医療機関で記入してもらってください。

医師の証明	傷病名	右足下腿骨々折																															
	通院日	〇年〇月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
		年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
		年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	通院日のうちタクシーの利用を必要とした期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで																															
	タクシーの利用を必要とした具体的理由																																
明	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 〇 年 〇 月 〇 日																																
	医療機関の	所在地	〇〇郡〇〇町〇〇番地																														
		名称	〇〇外科医院																														
		担当医師	医師 〇 〇 〇 〇																														

認定通知書に記載してある傷病名を必ず記入してください。

タクシーの利用を必要としたときのみ記入してください。なお、タクシーを利用する場合は、合理的な理由がないと支給されませんので、注意してください。

〔注意事項〕

通院日欄は、通院した日に○印をしてください。

2 通院の経路・方法等

請求者が記入してください。

移送費の明細 (被災職員が記載)	通院方法及び経路	<p>例1)</p> <p>・自宅 $\xleftarrow[1分]{徒歩}$ ○○バス停 $\xleftarrow[約2.5km]{15分}{○○バス}$ ○○駅 $\xleftarrow[約10km]{10分}{JR電車}$ ○○駅</p> <p>$\xleftarrow[約2.5km]{15分}{○○バス}$ ○○バス停 $\xleftarrow[1分]{徒歩}$ ○○外科医院</p> <p>例2)</p> <p>・自宅 $\xleftarrow[13.2km]{自動車}$ ○○外科医院</p>
	移送費の算定根拠	<p>例1)</p> <p>○○バス停 \longleftrightarrow ○○駅 片道$200円 \times 2回 \times 4日 = 1,600円$</p> <p>○○駅 \longleftrightarrow ○○駅 片道$300円 \times 2回 \times 4日 = 2,400円$</p> <p>○○駅 \longleftrightarrow ○○バス停 片道$200円 \times 2回 \times 4日 = 1,600円$</p> <p>計 5,600円</p> <p>例2)</p> <p>自宅 \longleftrightarrow ○○外科医院 $13.2km \times 2 = 26km$ (往復) (km未満切捨て) $26km \times 4日 \times 37円 = 3,848円$</p>
<p>上記のとおり事実と相違ありません。</p> <p>令和○年○月○日</p> <p>被災職員の { 所属名 ○○課○○係 氏名 大仁次郎</p>		

{ 注意事項 }

- 1 通勤届により通勤手当が支給されている区間については、移送費の支給対象となりません。
- 2 移送費の算定根拠欄は、移送費請求額の内訳を記入してください。
- 3 自動車等を利用した場合は、経路図を添付してください。

(記載例7) 補装具証明書

この証明書は、療養補償請求書に添付してください。

支部様式第7号 (用紙 日本産業規格A4縦型)

補装具証明書

必ず認定番号を記入してください。

認定番号 〇〇-〇〇〇〇〇〇

請求者が記入してください。

被災職員	所属団体名	〇〇部〇〇課〇〇係	傷病名	右膝内側々副靭帯 損傷
	氏名	藤枝 一郎		
災害発生日		令和 〇 年 〇 月 〇 日		
必要な補装具		右膝装具D軟性		
補装具を必要とする理由		歩行に支障をきたすため		
備考				
上記のとおり治療上、補装具の装着の必要を認めます。 令和 〇 年 〇 月 〇 日 医療機関の { 所在地 〇〇市〇〇町〇〇番地 名称 市立〇〇病院 担当医師 医師 〇 〇 〇 〇				

医療機関で記入してもらってください。

(記載例 8) 上級室等使用証明書

この証明書は、療養補償請求書に添付してください。

必ず認定番号を記入してください。

支部様式第 8 号 (用紙 日本産業規格 A 4 縦型)

上級室等使用証明書

			認定番号	〇〇-〇〇〇〇〇〇	
所属団体名	〇 〇 町		所属名	〇〇課〇〇係	
被災職員氏名	大 仁 次 郎		災害発生年月日	令和 〇 年 〇 月 〇 日	
傷病名	右足下腿骨々折				
入院期間	令和 〇 年 〇 月 〇 日から令和 〇 年 〇 月 〇 日まで			20 日間	
上級室等を必要とした期間	令和 〇 年 〇 月 〇 日から令和 〇 年 〇 月 〇 日まで			8 日間	
上級室等を必要とした理由 (〇印をつけてください。)	ア 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かった。 イ 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おそれがあった。 <input checked="" type="radio"/> ウ 普通室が満床であり、かつ緊急入院療養させる必要があった。 エ その他 (具体的に記入してください。)				
呼称 (上級室、個室等)	個室	収容定員	1 人	1日当たりの 室料差額	2,500 円
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 〇 年 〇 月 〇 日					
		医療機関の { 所在地 〇 〇 郡 〇 〇 町 〇 〇 番 地 名 称 〇 〇 外 科 医 院 担当医師 〇 〇 〇 〇 〇			

請求者が記入してください。

医療機関で記入してもらってください。

該当する記号に〇印を付けてください。エに該当する場合は具体的に記入してください。

(注意事項) 上級室等とは差額室料を必要とする部屋のことをいいます。

(記載例 9) 看護証明書

この証明書は、療養補償請求書に添付してください。

必ず認定番号を記入してください。

支部様式第9号 (用紙 日本産業規格A4縦型)

看護証明書

認定番号

〇〇-〇〇〇〇〇〇

請求者が記入してください。

基準看護が実施されている医療機関にあっては、看護を行う者を必要とする理由を()に詳細に記入してください。

該当する記号に○印を付けてください。オに該当する場合は具体的に記入してください。

認定通知書に記載してある傷病名を必ず記入してください。

医療機関で記入してもらってください。

所属団体名	〇 〇 町	所属名	〇 〇 課 〇 〇 係
被災職員名	大 仁 次 郎	災害発生年月日	令和 〇 年 〇 月 〇 日
傷病名	右足下腿骨々折		
入院期間	令和 〇 年 〇 月 〇 日から令和 〇 年 〇 月 〇 日まで		8 日間
看護を必要とした期間	令和 〇 年 〇 月 〇 日から令和 〇 年 〇 月 〇 日まで		5 日間
看護人の種別	1 看護師 2 准看護師 ③ 看護を行う者 4 その他 (被災職員との続柄)		
基準看護の有無	有 (理由) (無)		
看護を必要とした理由	ア 病状が重篤であって、絶対安静を必要とし、看護師等の常時監視を要し、随時適切な処置を講ずる必要があった。 イ 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、看護師等の常時監視を要し、随時適切な処置を講ずる必要があった。 ウ 体位変換又は床上起座が常時不可又は不能であった。 エ 食事及び用便に常時介護が必要であった。 オ その他 (具体的な理由を詳細に記入してください)。 (上記 傷病名のため、手術施行 術後の安静を要し、かつ歩行等を禁止したため、付添婦の介助を要した。)		
上記のとおり相違ないことを証明します。			
令和 〇 年 〇 月 〇 日		所在地 〇 〇 郡 〇 〇 町 〇 〇 番 地 医療機関の 名 称 〇 〇 外 科 医 院 担当医師 医 師 〇 〇 〇 〇	

(注意事項) 基準看護が実施されている医療機関の場合は、看護を必要とする理由を()内に記入してください。

(記載例10) 療養の現状等に関する報告書

様式第38号

必ず認定番号を記入してください。

療養の現状等に関する報告書

認定
番号

〇〇-〇〇〇〇〇〇

この面は
報告者が
記載して
ください。

地方公務員災害補償基金静岡県支部長 殿

療養の現状等について下記のとおり報告します。

令和〇 年 〇 月 〇 日

報告者の

住 所 〇〇市〇〇町〇〇番地

ふりがな 氏 名 袋 井 次 郎

所属団体名・所属部局名 〇〇市〇〇部〇〇課

1 負傷又は発病の年月日	令和 〇 年 〇 月 〇 日
2 療養開始の年月日	令和 〇 年 〇 月 〇 日
3 傷 病 名	頭部外傷 せき髄損傷
4 療 養 の 経 過	負傷後〇〇病院に入院し、〇月〇日手術を受けたが、両手足が麻痺し、同病院で現在も治療を受けている。 まだ、医師の話では病状固定には至っていないとのことである。
5 日 常 生 活 の 概 要	〇〇病院に入院しているが、寝たきりの状態で両手足にしびれ、脱力感があり、食事、用便、入浴等すべて付添者の介助を受けています。

〔注意事項〕

- 1 報告者は、*印の欄には記入しないこと。
- 2 年月日の記載には元号を用いる。

* 6 医 師 の 証 明

この面は
医師が記
載する証
明となり
ます。

(1) 傷病の種類（傷病名・傷病の部位等）

頭部外傷、せき髄損傷

(2) 傷病の経過及び治療方法の概要

受傷後〇月〇日に手術を施行するも、せき髄の損傷は回復せず、寝たきりの状態が続いており、投薬、ブロック注射にて治療を続けている。

(3) 傷病の現状

四肢にしびれがあり、四肢の筋肉拘縮も始まっており、徐々に完全麻痺に近づいている。

なお、常時介助が必要な状態である。

(4) 傷病の今後の見込み

徐々に完全麻痺に近づいており、今後も長期間の治療リハビリを要すると思われる。

（報告者の氏名）

袋 井 次 郎 については上記のとおりであると認めます。

令和〇 年 〇 月 〇 日

医療機関の { 所在地 〇〇市〇〇町〇〇番地
名 称 〇〇総合病院
医師の氏名 医師 〇 〇 〇 〇

4 療養補償の請求内容別添付書類一覧表

請求内容	添付書類	備考
文書料 (診断書 通院日数証明書 等)	◎領収書(原本) ※文書の種類、通数が わかるようにしてください。 (例) 診断書 1通 1,000円	診断書料は、認定手続に要したものの (原則として1通)が支給されます。 服務関係等の目的で発行されたものは、 補償の対象にはなりません。
補装具費用 (コルセット 等)	◎補装具証明書 (支部様式第7号) ◎領収書(原本)	療養上、医師が必要とし、装着した ものについて支給されます。
入院室料差額	◎上級室等使用証明書 (支部様式第8号) ◎領収書(原本)	療養上、医師が必要とし、上級室又 は個室を利用した場合に支給されます。
看護料	◎看護証明書 (支部様式第9号) ◎領収書(原本)	原則として、医療機関が基準看護で なく、かつ病状重篤につき医師の指示 により看護人を雇った場合に認められ ます。
入院諸費	◎領収書(原本)	入院料とは別に冷暖房費、電気代、 ガス代、貸与寝具料等で、入院者全員 から徴収される性格のものについては 認められます。
移送費 (通院費) (電車 バス 自家用車 タクシー)	◎通院日数証明書・移送費明細書 (支部様式第6号) ◎経路図 ※地図をコピーするなどし、経路 を明確に示してください。 ◎領収書(原本) タクシー利用の場合のみ ※日付、利用区間を明確にしてくだ さい。 例) 4/1 市役所→病院 1,850円	医療機関にかかるため要した移送費 (通院費)が支給されます。一般的に は、バス・電車等の利用について認め られます。 自家用車使用の場合は、ガソリン代 として1km当たり37円が支給されます。 例) 片道2.7km 3日通院 $2.7\text{km} \times 2 = 5.4 \rightarrow 5\text{km}$ (km未満切捨て) $5\text{km} \times 3\text{日} \times 37\text{円} = 555\text{円}$ タクシーの利用は、傷病の部位、状 況等から見て、やむを得ないと認めら れるものに限り支給されます(理由、 期間について医師の証明が必要です。)。

その他に看護料、理学療法等(マッサージ、はり等)施術料、歯科補綴料などがありますが、支給の要件、範囲が定められています。必ず事前に連絡し、相談をしてください。

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。

- ※ 指定医療機関を受診する場合は、様式第5号を使用します。
この場合、請求書は指定医療機関から直接基金に提出され、所属・任命権者を經由しません。
- ※ 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らいなく医療機関に持参するよう指導してください。

チェック欄

● 表面（1号紙）について・・・職員本人及び医療機関・薬局が記入

	項 目	受領 委任	自己 負担
1	認定番号、請求回数、請求年月日、住所、 <small>ふりがな</small> 氏名について、記入しているか。		
2	「1 補償費用の受領委任」欄について、委任者欄は請求者（職員）が、受任者欄は医療機関・薬局が、それぞれ記入しているか。		/
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	「9 送金希望口座等」欄について、 <u>医療機関・薬局の口座情報</u> を普通・当座の別、 <u>フリガナ</u> 等もれなく記入しているか。		/
6	「9 送金希望口座等」欄について、マイナンバー（公金受取口座を登録したものに限り）又は <u>職員本人の口座情報</u> （普通・当座の別、 <u>フリガナ</u> 等も）を記入しているか。		/

● 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もよい。

	項 目	受領 委任	自己 負担
1	「傷病名」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）		
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	診療機関による証明がされているか。		/

● 裏面（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もよい。

	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必要)		

● 支部様式第22号〔診療費請求明細書（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もよい。

	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	診療機関による証明がされているか。 (※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必要)		

● その他のチェック事項

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（タクシー等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」によらず、療養費請求書の摘要欄等に病院担当者が記入してもよい。）		
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」によらず、療養費請求書の摘要欄等に病院担当者が記入してもよい。）		
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等の料金を請求していないか。		

〔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場合に療養補償の対象となり、次の場合に原則として認められます。

- (1) 災害のあった最寄りの医療機関で応急手当を受けたあと、療養に適した医療機関に転医する場合
- (2) 療養の経過上、勤務先又は自宅から通院に便利な医療機関に転医する場合
- (3) 療養の経過上、他の医療設備のある医療機関に転医することを医師が認めた場合

重複診療その他被災職員の恣意による場合は、原則として必要な療養とは認められず、初診料、各種検査料等転医前の医療機関の療養と重複する費用や移送の費用は支給されません。

転医理由によっては、必要に応じて転医届（支部様式第4号）の提出を求める場合があります。

(記載例11) 転医届

支部様式第4号 (用紙 日本産業規格A4縦型)

転 医 届

令和〇年〇月〇日

地方公務員災害補償基金静岡県支部長 様

氏 名 磐 田 一 男

下記のとおり転医したいので届け出ます。

被災職員	認定番号	〇〇-〇〇〇〇〇〇
	所属団体名	〇〇事務所〇〇課〇〇係
	氏 名	磐 田 一 男
	傷 病 名	頭 部 外 傷
現在受診している医療機関	所在地	〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号
	名 称	〇〇外科医院
	療養期間	令和〇年〇月〇日～令和〇年〇月〇日
転医又は精密検査を受けようとする医療機関	所在地	〇〇市〇〇町〇〇番地
	名 称	〇〇市立総合病院
	転医(検査受診)年月日	令和〇年〇月〇日
転医(精密検査)の理由	受傷後、当院来院 精密検査の必要があるため、高度な医療設備のある 上記医療機関へ転医させる。	
上記のとおり転医(精密検査)が必要であることを認める。 令和〇年〇月〇日		
医療機関の 所在地 〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号 名 称 〇〇外科医院 担当医師 医師 〇 〇 〇 〇		

医療機関の指示により転医する場合のみ記入してください。

[注意事項] 医師の証明欄は、医師の指示により転医又は精密検査を受けたときのみ証明を受けること。

〔4〕 治ゆ・再発・追加

1 治ゆ

(1) 災害補償制度では、次の場合を「治ゆ」といいます。

ア 傷病が完全に治った場合 … (完全治ゆ)

イ 症状が固定し、もはや医療効果が期待できなくなった場合 (例えば対症療法だけを行っている状態) … (症状固定)

(2) 治ゆ後

認定された傷病が治ゆした場合には、療養補償が終了しますので、治ゆ以後の受診については、共済組合員証 (保険証) を使用してください。

治ゆの時点で障害等級に定める障害が残っている場合は、障害補償が支給されます。

(3) 治ゆ報告書

傷病が治ゆした場合には、速やかに「治ゆ報告書」を所属長の確認を得て、任命権者を經由して基金へ提出してください。



「治ゆ報告」の指導を！

所属の公務災害事務担当者は、常に被災職員の療養状況を把握し、傷病が完治又は症状固定した場合には、速やかに「治ゆ報告書」を提出するよう指導してください。

(記載例12) 治ゆ報告書

支部様式第12号 (用紙 日本産業規格A 4 縦型)

治 ゆ 報 告 書

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

地方公務員災害補償基金静岡県支部長 様

所属名 ○ ○ 事業所
氏 名 清 水 四 郎

下記のとおり治ゆしたので報告します。

認 定 番 号	○○-○○○○○○○	
災 害 発 生 年 月 日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	
傷 病 名	左アキレス腱断裂	
治 ゆ 年 月 日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	
障 害 の 有 無	有 ● 無 ○	(有の場合、部位及び程度)
最 終 通 院 日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 (医療機関名称 ○○○○○) ※ まだ請求していない療養費がある場合は、速やかに請求してください。	
医 療 機 関 へ の 支 払 い 状 況 (請求中を含む。)	① 基金へ請求 (受領を医療機関へ委任した場合を含む。) 2 本人立替え→(1)基金 (2)自賠責等)へ請求予定 3 共済組合員証 (健康保険証) 使用 4 加害者、自賠責保険等 5 その他 ()	

請求もれや連絡忘れに注意
・救急センターや薬局 (院外処方)
・診断書料
・共済組合員証使用時の自己負担分

[注意事項]

- この報告書は、被災職員が記載し、速やかに所属を経由して提出してください。
- 「治ゆ」とは、完全治ゆのほか、もはや症状が固定し医療効果が期待できなくなった状態をいいます。

2 再 発

公務（通勤）災害による傷病が治ゆし、治ゆに伴う手続きが終了した後、次に掲げる場合で再び療養を必要とするに至ったときには、傷病の再発として療養補償が再び支給されます。

この場合には、改めて「再発」の公務（通勤）災害の認定請求を行い、公務上又は通勤による災害認定を受けることが必要です。

- (1) 傷病が一旦治ゆした後、自然的経過により症状が悪化した場合
- (2) 傷病についてもはや医療効果が期待できないとして治ゆ認定された後に、医学の進歩等により医療効果が期待されるようになった場合

再発は当初の傷病と同一の傷病名でないといけないか？

当初の傷病と再発傷病とは必ずしも同一の傷病名である必要はありませんので、当初の傷病又は当初の傷病の原因となった事故と相当因果関係があると認められる傷病についても「再発」として取り扱われます。

3 追 加

公務災害補償制度により補償されるのは、公務（通勤）災害認定時に「認定された傷病」に限られます。

しかしながら、当初の診断で分からなかった傷病が認定後の精密検査の結果判明したり、既に認定された傷病に起因して療養中に新たに別の傷病を併発することがあります。これらの傷病について補償を受けるためには、傷病の追加認定の請求を行い、認定を受けることが必要です。