

1 災害発生時の医療機関への対応

- (1) 明らかに公務中又は通勤途上に発生したと認められる負傷で、現認者のあるもの
医療機関に公務災害認定請求中であることを申し出て、一時支払を猶予してもらって
ください。医療機関への公務上・通勤災害該当の通知は基金から直接行います。

疑問な点があれば、基金支部へ相談してください。

ア 次のような場合には注意してください。

(7) 第三者の加害行為による災害の場合

加害者に支払ってもらうことが原則です。「V 交通事故・校内暴力事件等の取り扱い（第三者加害行為事案）」205 ページをよく読んで、もし基金支部の補償先行が必要と思われる場合には、基金支部に相談の上、その手続きを進めてください。

(イ) 腰が痛くなったとき、疾病を発症した場合

- (2) 公務中又は通勤途上の負傷かどうか、事実関係が定かでない場合

ア 次のような場合は、とりあえず共済組合員証又は健康保険証で治療を受けてください。

(7) 当該部位に直接の外力が加わらないのに首、膝が痛くなった場合（例：椅子から立ち上がった際、膝が痛くなった。）

2 認定後の治療費等の支払手続

- (1) 医療機関で治療を受け、支払を猶予してもらっていた場合

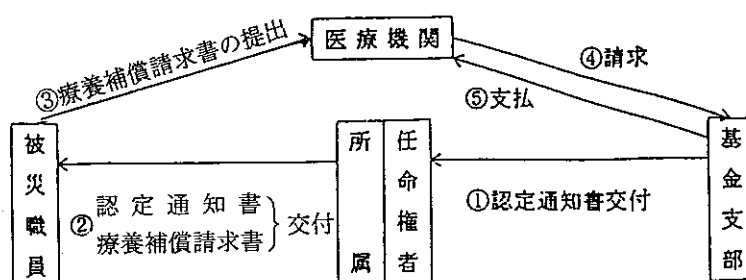
認定通知書受領後、直ちに認定の旨を医療機関に申し出て、所属（任命権者）に備え付けてある療養補償請求書247 ページを医療機関へ提出してください。
なお、調剤薬局の場合には、調剤費請求明細249 ページも必要です。

指定医療機関（巻末に記載）は、治療費等を療養補償請求書で直接基金支部へ請求します。（支部と療養契約を行っているため、被災者からの受領委任は不要）

また、指定医療機関以外の医療機関が被災者から治療費等の受領委任を受け、了解した場合も、療養補償請求書で医療機関が直接基金支部へ請求します。

基金支部は、請求書を審査の上、医療機関指定の金融機関（郵便局を除く）の口座へ治療費等を振り込みます。

以上のことを図示すると次のようになります。



〔療養補償請求書（受領委任）の記載要領〕

地方公務員災害補償
療 養 補 償 請 求 書

医療機関に記入・押印してもらってください。

医療機関コード		請求年月日 平成 12 年 2 月 4 日	
地方公務員災害補償基金長崎県支部長殿 下記の療養補償を請求します。		1 請求者の住所 氏 名 長崎太郎 長崎市〇〇町〇番〇号	
2 〔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 〇 〇 に委任します 氏 名 長崎太郎		3 〔委任に基づく支払請求〕 上記委任に基づき、この請求書による療養補償の支払を請求します。 住所 〒 〇〇市〇〇町〇番〇号 電話番号 〇 〇 〇 〇 〇 〇 氏 名 〇 〇 〇 〇	
* 4 整理番号	記入不要		所属団体名 〇〇市
5 認定番号 (8桁)	第 11-0010000号		6 被災職員 氏 名 長崎太郎 (大・〇〇年〇〇月〇〇日生)
7 診療 期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	8 現在の 状況	平成 年 月 日現在 ☐ 治癒 ☐ 転医 ☐ 継続中 ☐ 死亡 ☐ 中止
9 (1) 傷病名 (2) (3) (4) (5)	10 (1) 診療 開始日 (2) (3) (4) (5)	11 傷病 の経過	
12 診 療 費	内訳は「19診療請求明細」欄記載のとおり		円
13 調 剤 費	内訳は別添「調剤費請求明細」欄記載のとおり		円
14 看 護 料	看護婦 年 月 日から 付添婦 年 月 日まで 日間 その他		円
15 移 送 費	(交通費) 片道 往復 回 から まで km		円
	(その他の移送費)		円
16 上記以外の療養費			円
17 療養補償請求金額			円
18 送 金 先	銀行名 〇 〇 銀行 〇 〇 支店 預金種類 ☒ 普通 ☐ 当座 ☐ 別段 ☐ 総合 名 義 (カナカナで記入してください) 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 口座番号 〇 〇 〇 〇 〇		* 受 理 平成 年 月 日 * 支 払 平成 記入不要 日 * 決定金額 円

被災職員が記入・押印してください

〔注意事項〕

- * 印の欄には記入しないこと。該当するものを○で囲むこと。
- 「2〔補償費用の受領委任〕」の欄は、診療にあたった医療機関または調剤に当たった薬剤師もしくは薬局に補償費用の受領を委任しようとする場合にのみ記載し、その他の場合には記入しないこと。
- 「14看護料」および「15移送費」については、費用の領収書・明細書および各証明書を添付すること。

金融機関(郵便局を除く)振込に限ります

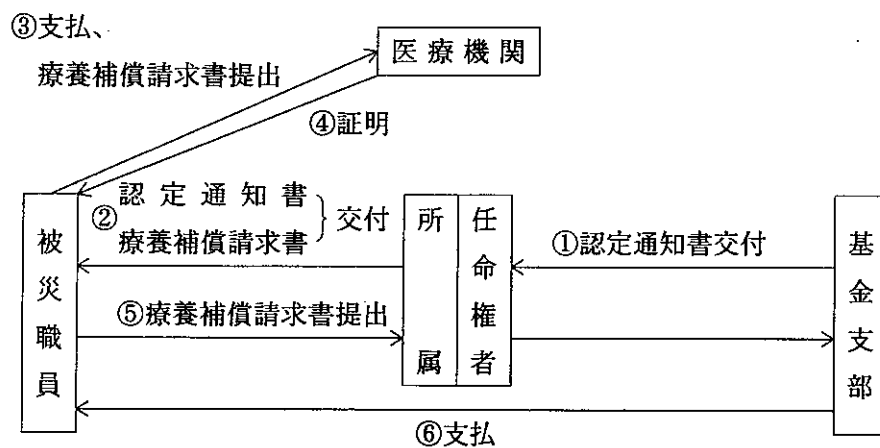
(2) 被災職員が医療機関に直接治療費等を支払っている場合

治療費等を療養補償請求書 247 ページ により、所属・任命権者を經由して基金支部へ請求して下さい。その際、医療機関に診療費請求明細を記入してもらい証明を受け、領収証とともに提出して下さい。

基金支部は、請求書を審査の上、被災職員指定の金融機関（郵便局を除く）の口座へ治療費等を振り込みます。

なお、共済組合員証等で治療を受けた場合の手続は次の「(3)共済組合員証等を使用して治療を受けた場合」によります。

以上のことを図示すると次のようになります。



〔療養補償請求書（被災職員が直接基金支部に請求する場合）の記載要領〕

地方公務員災害補償
療 養 補 償 請 求 書

医療機関コード		記入不要	
請求年月日 平成 12 年 2 月 4 日		[被災職員] 1 請求者の住所 〇〇市〇〇町〇〇番〇号 氏 名 長崎太郎 (印)	
2 [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 氏 名 記入不要 (印)			
3 [委任に基づく支払請求] 上記委任に基づき、この請求書による療養補償の支払を請求します。 支払請求書 (医療機関等) の { 住所 〒 _____ 電話番号 _____ 氏 名 _____ } 記入不要 (印)			
* 4 整理番号	記入不要		所属団体名 〇〇市
5 認定番号 (8桁)	第 11-001000号	6 被災職員	氏 名 長崎太郎 (大・印 〇〇年 〇〇月 〇〇日生)
7 診療 期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 診療実日数	8 現在の 状況	平成 年 月 日現在 ☐ 治 癒 ☐ 転 医 ☐ 継 続 中 ☐ 死 亡 ☐ 中 止
9 (1) 傷病名 (2) (3) (4) (5)	10 (1) 診療開始日 (2) (3) (4) (5)	年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日	11 傷病の経過
12 診 療 費	内訳は「19診療請求明細」欄記載のとおり		円
13 調 剤 費	内訳は別添「調剤費請求明細」欄記載のとおり		円
14 看 護 料	看護婦 年 月 日から 付添婦 年 月 日まで その他 日間		円
15 移 送 費	(交通費) 片道 回 から まで km 往復		円
	(その他の移送費)		円
16 上記以外の療養費			円
17 療養補償請求金額			円
18 送金先	銀行名 〇〇銀行 〇〇支店 預金種類 ☒ 普通 ☐ 当座 ☐ 別段 ☐ 総合 名義 (カナカナで記入してください) ナカサキ タロウ 口座番号 〇〇〇〇〇	* 受 理 平成 年 月 日 * 支 払 平成 記入不要 日 * 決定金額 円	

医療機関に記入してもらってください

被災職員が記入・押印してください。

〔注意事項〕

- 1 *印の欄には記入しないこと。該当するものを○で囲むこと。
- 2 「2 [補償費用の受領委任]」の欄は、診療にあたった医療機関または調剤に当たった薬剤師もしくは薬局に補償費用の受領を委任しようとする場合にのみ記載し、その他の場合には記入しないこと。
- 3 「14看護料」および「15移送費」については、費用の領収書・明細書および各証明書を添付すること。

→ 金融機関 (郵便局を除く) 振込に限ります

医療機関に支払った治療費を請求する場合に限り、記入・証明が必要です。ただし、診断書料のみの場合、室料差額のみときで個室・上級室証明書を添付した場合等は不要です。

診 療 内 容				点 数	金 額	摘 要	
①	初 診	時間外・休日・深夜		点	円		
⑫	再 来 再 診	診療加算 管理費 休 時 深 夜	× × × ×	回 回 回 回			
⑬	指 導						
⑭	往 在 宅	診他剤 その		回 回			
⑮	投 薬	② 内服薬調剤 × 単位 ③ 外用薬調剤 単 ④ 処方 単 ⑤ 処方 位 ⑥ 麻毒 位 ⑦ 基調 回	× × ×	 回 回 回 回			
⑯	注 射	⑧ 皮下肉内 ⑨ 静脈の他		回 回 回			
⑰	処 置	薬 剤		回 回 回			
⑱	手 術	薬 剤		回 回 回			
㉑	検 査	薬 剤		回 回 回			
㉒	診 断			回 回			
㉓	その他	診断書料 × 通 処方せん 回 薬剤師料 回 救急医療管理加算 回					
㉔	入 院	入院年月日 年 月 日				個室、上級室使用証明欄	
	病 院	入院科(入院環境点 料・看護料・給食料) 食有 × 日間 食無 × 日間 特食 × 日間 入院時医学管理料 × 日間 × 日間 特定入院料				必要とした 期 間	年 月 日 から 年 月 日 まで 日間
	基 食	普 食 衣				必要とした 理 由	
	その他					室料(1日)	円
A	点数により請求するものの合計額			点	円		
B	金額により請求するものの合計額						
C	請求総額(A+B、円未満切捨て)						
20(証明)上記の事項は事実と相違ないことを証明します。(なおこの欄は「3(委任に基づく支払請求)」をする場合は不要です。)							
平成 年 月 日							
病院または診療所の				{ 所在地 名 称 医師氏名			

必ず証明して
もらってくだ
さい

- 4 「16 上記以外の療養費」の欄には、診断書料、その他療養に必要な治療材料等の名称、数値および費用を記入し、領収書および「明細書」を添付すること。
- 5 「19 診療費請求明細」「調剤費請求明細」の欄の記入にかえて同様事項を記載した医師、歯科医師もしくは柔道整復師または薬剤師の証明書を添付してもよいこと。
- 6 「20（証明）」欄は医療機関が補償費用の受領委任を受けて「3（委任に基づく支払請求）」をする場合は記入する必要はない。

— 112 —

(3) 共済組合員証等を使用して治療を受けた場合

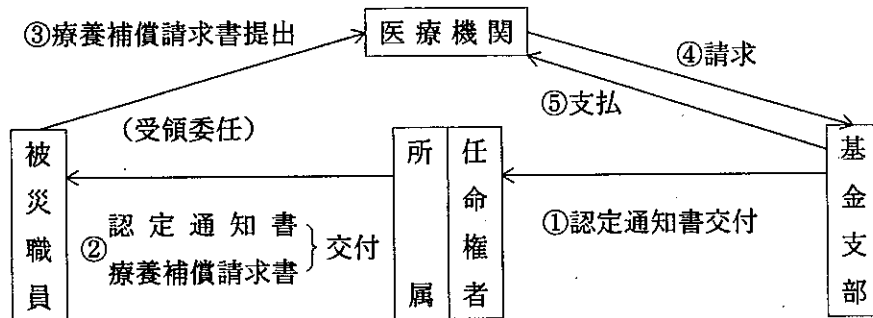
認定通知書が交付されたら、所属（任命権者）に備え付けてある療養補償請求書 247 ページ を医療機関へ提出して、公務災害又は通勤災害扱いにしてもらってください。

その場合に、2つの請求方法があります。

ア 医療機関が当初から公務災害又は通勤災害として取扱う場合

(1)と同様の取扱いがされますが、一部負担金を支払っている場合は、医療機関から返金してもらってください。

以上のことを図示すると次のようになります。



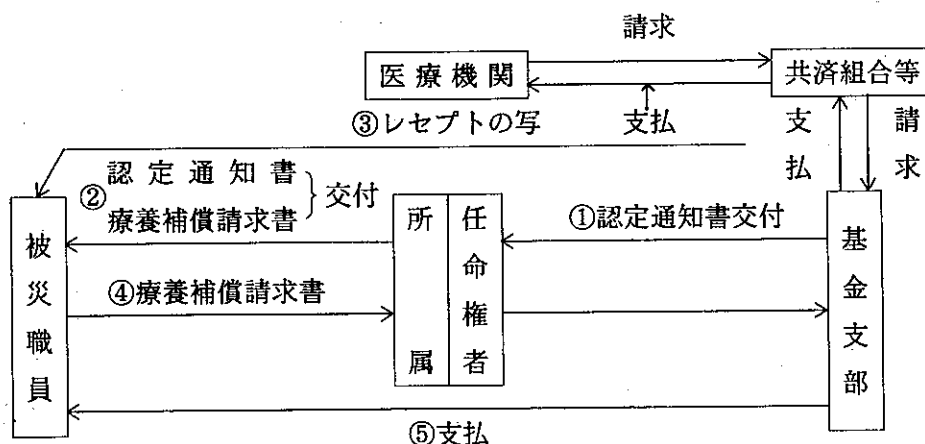
イ 医療機関が認定通知後から公務災害又は通勤災害として取扱う場合

支払っている治療費等は、療養補償請求書 247 ページ により、所属・任命権者を經由して基金支部へ請求することができます。その際、共済組合等のレセプトの写しを添付して、領収書とともに提出してください。

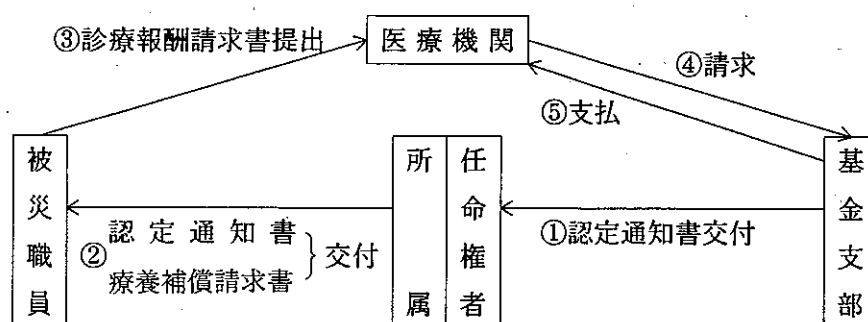
基金支部は、請求書を審査の上、被災職員指定の金融機関（郵便局を除く）の口座へ治療費等を振り込みます。

以上のことを図示すると次のようになります。

(今までに支払った治療費等の取扱い)



(認定通知後の治療費等の取扱い)



(4) 第三者の加害行為による災害の場合

原則として、第三者に治療費を負担してもらってください。必ず 205ページ をみてください。

3 基金からどのような費用が支給されるか

次の表の「費用」欄に掲げる費用について、「支給の基準」欄に掲げる要件を満たせば支給されます。

請求手続は、療養補償請求書 247ページ に「添付書類等」欄に掲げる書類等を添付して、所属・任命権者を經由して基金支部へ提出してください。

費 用	支 給 の 基 準	添 付 書 類 等
治 療 費	診療報酬点数計算による診療費は大半が問題なく認められます。 しかし、災害と直接因果関係がない傷病の治療費は認められません。	・ 領 収 書
文 書 料	補償の実施上必要な文書に限られます。 診断書料は、災害の認定請求手続に要したもの（原本を基金に提出したものに限る。）が 通常1通分 のみ認められます。 補償の実施に際し、基金から依頼した証明書料等は、原則としてすべて認められます。 したがって、服務関係等他の目的に使用する診断書料等については、自己負担となります。	・ 領 収 書
補 装 具 費	療養上医師が必要と認めた場合には、コルセットの購入費用や松葉杖の賃貸料が認められます。	・ 医師の装着必要 証 明 書 ・ 領 収 書
室 料 差 額	特別室、個室、小人数の病室利用の場合の差額は、救急の場合で普通病室が満床のとき、病状により療養上必要と医師が指示した場合等に限って認められます。	・ 個室・上級室証 明書 252ページ ・ 領 収 書