

# 療養補償の手続き（医療機関の皆様へ）

地方公務員災害補償基金栃木県支部

## 1 療養費の請求方法について

当基金と契約を締結している指定医療機関（※**労災保険の指定医療機関とは異なります**）と、それ以外の医療機関で、手続きや提出書類が異なります。

### (1) 貴院が基金の指定医療機関の場合

被災職員に「療養の給付請求書（様式第5号）」の提出（初回のみ）を求め、療養費請求書（基金支部指定様式）とともに指定医療機関から当基金支部宛て直接送付してください。

### (2) 貴院が基金の指定医療機関以外であって、被災職員が療養費を支払っていない場合

被災職員に「療養補償請求書（様式第6号）」の提出を求め、貴院で必要事項を記載し、**被災職員に返却**してください。（基金支部へ直接送付しないよう留意願います。）

※ 記載事項の詳細については、別添記載例を参照ください。

### (3) 貴院が基金の指定医療機関以外であって、被災職員が療養費を全額支払っている場合

#### ① 病院から被災職員へ、既支払分を返金する場合

基金支部から貴院へ療養費をお支払いしますので、被災職員への返金・精算後に、上記(2)の方法で請求してください。

#### ② 病院から被災職員へ、既支払分を返金しない場合

被災職員が既支払分を基金支部へ請求します。この場合、被災職員が持参する「療養補償請求書（様式第6号）」の必要事項を記載し、**被災職員へ返却**してください。

※ 記載事項の詳細については、別添記載例を参照ください。**特に、「療養補償請求書（様式第6号）」裏面の下段に貴院の証明を忘れずに記載**いただくようお願いいたします。

### (Q & A) 保険証を使用した場合の取扱いについて

医療機関



初診時に被災職員から公務災害の手続きを行う旨の申告がなく、誤って保険証を使用した場合、その後の取扱いはどうなりますか？

**原則として公務災害へ切替えていただき、上記(1)～(3)のいずれかの手続きをお願いいたします。**

ただし、一定期間が経過し、**公務災害への切替えが困難な場合には、被災職員の自己負担分（3割）について、上記(3)②の方法により請求することとなります。**なお、共済組合等負担分（7割）については、基金支部と共済組合等で調整を行います。

基金支部



## 2 療養費の算定方法について

### (1) 診療費の算定について

社会保険診療報酬点数計算、労災保険、労災保険柔道整復師施術料金算定基準に準じて算定をお願いいたします。なお、**療養補償は、消費税法施行令により消費税非課税**となっております。

診療単価		初診料	再診料
課税医療機関	非課税医療機関 (国公立の機関等)		
12円	11.5円	3,850円	1,420円

※基金の指定医療機関については契約単価によります。

※労災保険において算定できる「**療養の給付請求書取扱料（2,000円）**」は算定できません。

## (2) 診断書料について

診断書料のうち基金において補償できるものは、**原則として基金支部に提出されたもの（通常は公務務・通勤災害認定請求書用の診断書）のみ**となっています。

被災職員が服務上の理由で職場へ提出する診断書（休業を続けるための診断書、療養経過の報告に要する診断書、職場復帰のための診断書等）に係る費用は、補償の対象外となりますので、被災職員に請求してください。

## (3) 傷病名について

認定通知書に記載の傷病名以外の傷病に係る診療費は、原則として補償の対象となりません。また、私傷病の診療費は、公務災害とは区別し、通常の保険診療により対応くださるようお願いいたします。

なお、**認定傷病名に漏れがある場合には、原則として追加認定の手続きが必要となります**ので、職場へ確認するよう被災職員にお伝えください。

## (4) 特別室（個室・上級室）の室料差額請求について

請求に当たっては、**必ず基金支部指定の「上級室・個室等証明書」を添付**してください。特別室を必要とした理由については、傷病の状態、療養経過に照らして具体的に記入してください。

なお、特別室の利用には、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等、特別な事情が必要です。

## (5) 医薬品の自己負担について～長期収載品の選定療養～

公務・通勤災害に係る診療に際して、長期収載品を処方等又は調剤する場合には、**医療上の必要性があると認められる場合を除き、被災職員から「特別の料金」に相当する額を徴収**していただくこととなります。概要は別紙リーフレットを参照してください。

## 3 診療内容の審査について

基金支部では、提出いただいた「療養費請求書」又は「療養補償請求書」の内容について審査を行い、傷病名と診療内容について疑義がある場合には、各医療機関へ内容の照会を行う場合があります。

また、審査の結果、**認定傷病と無関係の検査等、一部の診療内容について補償対象外となる場合もあります**ので御承知おさください。

## 4 転医について

**転医については、医学上または社会通念上の妥当性を有する場合のみ**認められます。重複診療その他被災職員の恣意による場合等は必要な療養等とは認められず、療養補償の対象外となります。

また、被災職員が転医する際にはあらかじめ転医届を提出し、その理由が医学上によるもの場合には医療機関の証明を受けることと定めております。については、**被災職員から転医届に係る証明依頼があった際は、当該届証明欄への記入**をお願いいたします。

## 5 時効について

療養補償の時効は**2年**ですので御留意ください。（指定医療機関を除く。）

## 6 治ゆについて

○ 基金支部では、完全治ゆのほか、その症状が固定し、もはや医療効果が期待できなくなった状態をもって、治ゆとして取扱い、それ以後は基金の補償の対象とはならず、通常の保険診療として取扱うこととなりますので、**認定傷病が治ゆ又は症状固定した場合は、その旨を被災職員に告げてください。**

○ 治ゆ又は症状固定と告げられた被災職員は治ゆ届を作成し、職場経由で基金支部に提出することと定めております。（**治ゆ届には医療機関の証明は不要**です。）

○ 治ゆ又は症状固定時に障害等級に該当する障害が残り、**被災職員から残存障害診断書の作成を依頼された場合には、労災保険後遺障害診断書に準じて作成をお願いします。**（関節可動域の測定は労災保険の関節可動域測定要領によってください。）

※ 残存障害診断書作成に要する文書料は、療養補償の対象となります。

## 7 療養費の支払時期について

提出のあった「療養費請求書」及び「療養補償請求書」については、毎月中旬に内容審査を実施し、毎月末日に指定の口座へ振込を行っております。

振込の際には、事前に被災職員の氏名、振込金額等を通知しますので、入金額の確認をお願いします。

### (Q & A) 療養費が長期間支払われない場合の対応について

医療機関



長期間療養費の支払いがなされていない被災職員がありますが、どのように対応すればよいのでしょうか？

長期間療養費の支払いがなされていない場合、被災職員が療養補償請求書を職場へ提出していない可能性が考えられます。

基金では、被災職員から療養補償請求書の提出がなされない限り支払を行うことができませんので、**同請求書の提出状況について被災職員又は職場へ確認くださいますようお願いいたします。**

基金支部



## 8 その他

- 「療養の給付請求書（様式第5号）」、「療養補償請求書（様式第6号）」については、被災職員へ送付しているものを使用してください。（足りない場合はコピーして使用してください。）
- 証明書等の基金支部指定様式を必要とする場合は、被災職員又は職場に連絡してください。
- 県ホームページにおいて事務処理の手引きを公開しているほか、各種様式をダウンロードすることができますので、必要に応じて御活用ください。

## 9 参考資料

- 資料1 療養の給付請求書（様式第5号）記載例
- 資料2 療養補償請求書（様式第6号）記載例【被災職員負担なしの場合】
- 資料3 療養補償請求書（様式第6号）記載例【被災職員負担ありの場合】
- 資料4 指定医療機関一覧
- 資料5 長期収載品の選定療養に係るリーフレット

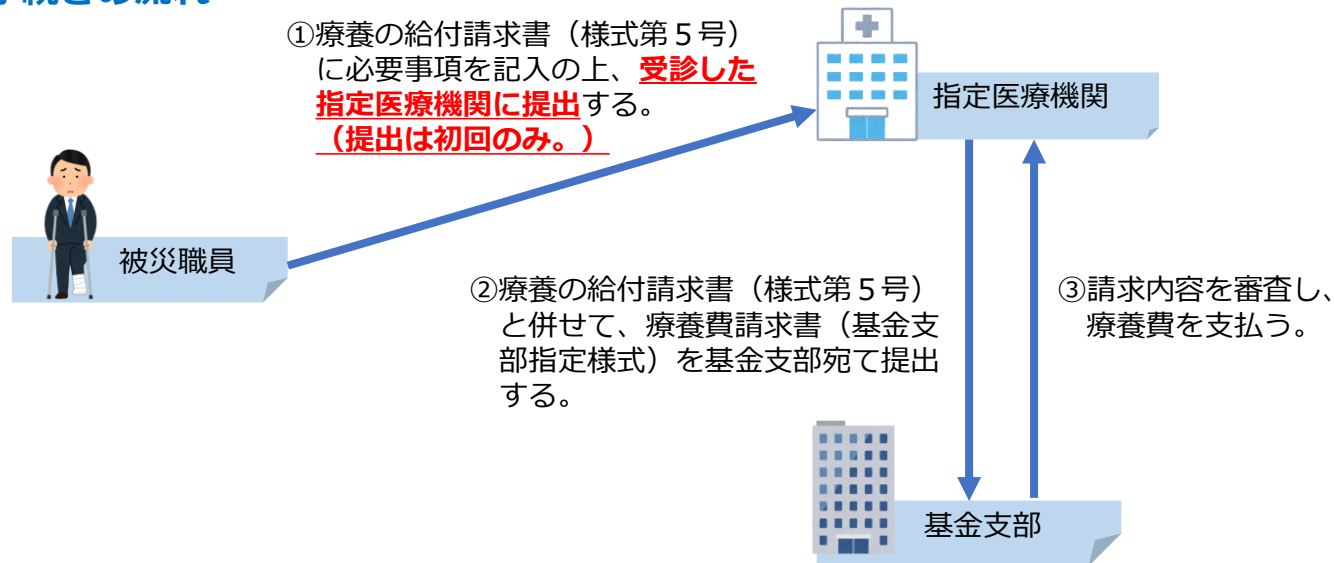
記載例

様式第 5 号

療 養 の 給 付 請 求 書

		認 定 番 号	24-000001
地方公務員災害補償基金栃木県支部長 殿		請求年月日	令和〇年 〇月 〇日
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。		請求者の住所	宇都宮市塙田1-1-20
		ふりがな	
		氏 名	ききん たらう 基金 太郎
1 被災職員に関する事項	所属団体名	所属部局名	〇〇部 〇〇課
	〇〇市		
	氏 名	職 名	<input checked="" type="checkbox"/> 常 勤 <input type="checkbox"/> 令第 1 条職員
	基金 太郎	主事	
	〇年 〇月 〇日生（××歳）	負傷又は 発 病 の 年 月 日	〇年 〇月 〇日
2 療養を受けようとする 指定医療機関等	(新)	所在地	〇〇市××12-34
		名 称	医療法人〇〇会 〇〇病院
	(旧)	所在地	
		名 称	

手続きの流れ



記入時のチェック項目

- 被・・・被災職員が記入
- 医・・・医療機関が記入

様式第6号

医療機関（指定医療機関以外）に受領委任する場合

1号紙

「認定番号」、「請求回数」、「請求者の氏名・住所」を記入

「1 補償費用の受領委任」上段に医療機関名、請求者名を記入

「1 補償費用の受領委任」下段に医療機関名を記入

被災職員の所属団体等を記入

診療費等の金額を記入

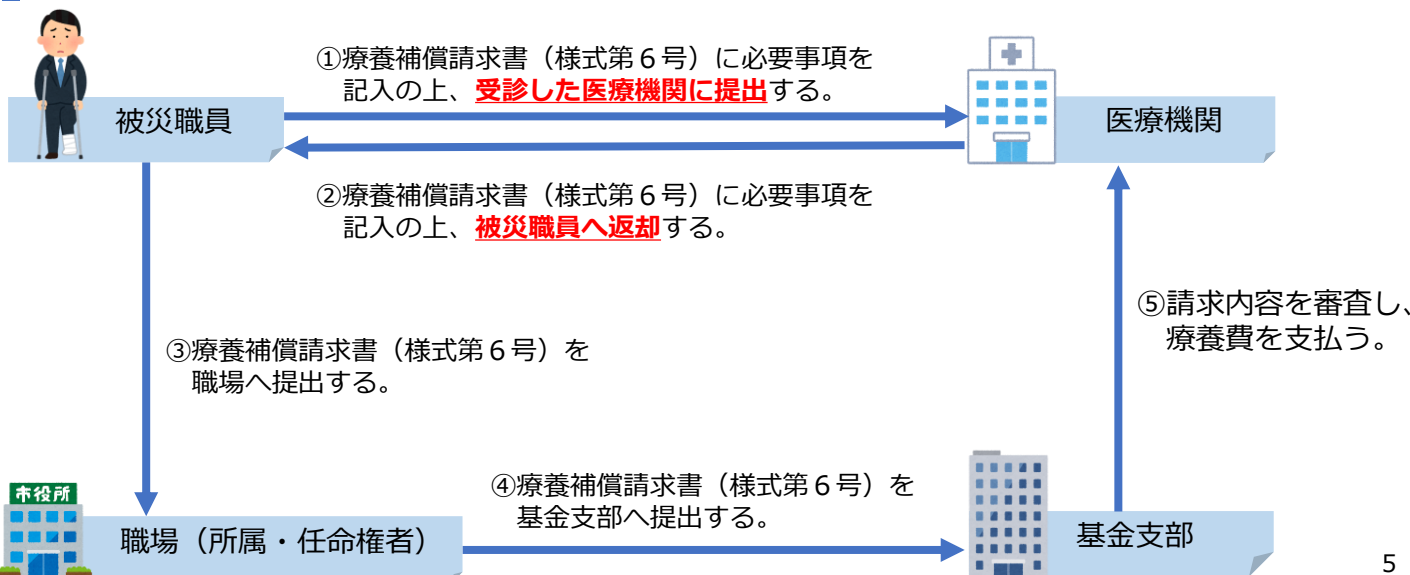
「送金希望の場合」の口座名等に、医療機関の口座情報を記入（正確に記入し、口座名義人には必ずフリガナを記入してください。）

医療機関記載面（様式第6号裏面）について、医療点数や処置の内容等を記載（又は「診療報酬明細書」を添付）

療養補償請求書		認定番号	〇〇-〇〇〇
請求回数		第	〇〇回（〇年〇月〇日）
請求年月日	〇〇年〇月〇日		
請求者の住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇〇市〇〇町〇〇番地		
フリガナ	トヂギ タロウ		
氏名	橋木 太郎		
1	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。
	委任者の氏名	橋木 太郎	
2	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。		
受領委任者の	医療機関等の名称	〇〇市〇〇町〇〇番地	
	所在地	〇〇市〇〇町〇〇番地	
	氏名（代表者名）	院長 〇〇〇〇	
3	所属団体名	〇〇市	フリガナ トヂギ タロウ
4	所属部局名	〇〇課	氏名 橋木 太郎
5	職名	〇〇	〇年〇月〇日生（〇歳）
6	診療費	内訳は「*10 診療費請求明細」欄記載のとおり 33,600 円	
7	調剤費	内訳は「*11 調剤費請求明細」欄記載のとおり 円	
8	看護料	円	
9	移送費	円	
10	上記以外の療養費	円	
11	療養補償請求金額	（3～7の合計額） 33,600 円	
12	送金希望口座等	円	

様式第6号裏面

手続きの流れ





## 記入時のチェック項目

被・・・被災職員が記入  
医・・・医療機関が記入

□ 「認定番号」、「請求回数」、「請求者の氏名・住所」を記入

□ 被災職員の所属団体等を記入

□ 診療費等の金額を記入

□ 「送金希望の場合」の口座名等に請求者の個人番号（公金受取口座利用の場合のみ）又は口座情報を記入

□ 医療機関記載面（様式第6号裏面）について、医療点数や処置の内容等を記載（又は「診療報酬明細書」を添付）

様式第6号 診断書・補装具等の料金を自己負担した場合 1号紙

療養補償請求書

認定番号 ○○-○○○  
請求回数 第○回（○年○月分）  
請求年月日 ○年○月○日

地方公務員災害補償基金 栃木県 支部長 殿  
請求者の住所 〒○○○-○○○  
○○市○○町○○番地  
フリガナ トチギ タロウ  
氏名 橋木 太郎

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 \_\_\_\_\_ に委任します。  
委任者の氏名 \_\_\_\_\_  
受補償費用の  
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 所属団体名 ○○市 フリガナ トチギ タロウ  
氏名 橋木 太郎  
所属部局名 ○○課 氏名 橋木 太郎  
(電話番号 XXX-XXX-XXXX) ○年○月○日生(○歳)  
開被する職員の職名 ○○ 常勤 負担又は発病の年月日 ○年○月○日  
○ 令第1各職員 ○年○月○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 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  
□ 有 □ 無  
□ 交通費 □ 片道 □ 往復 回 円  
6 移送費 円  
□ その他の移送費

7 上記以外の療養費（3～6以外） 腰痛コルセット 20,054 円 8 療養補償請求金額（3～7の合計額） 20,054 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（被災職員本人又は連携の銀行口座）  
金融機関名 \_\_\_\_\_ 本店等名 \_\_\_\_\_  
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） \_\_\_\_\_  
氏名（フリガナ） \_\_\_\_\_  
□ その他 \_\_\_\_\_

様式第6号裏面

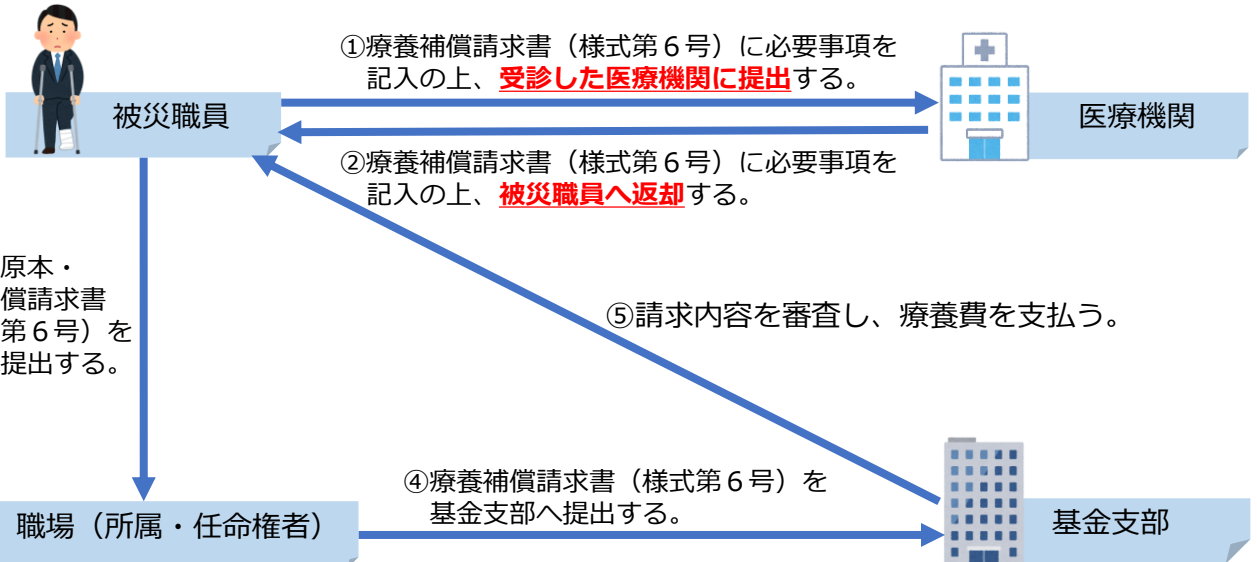
※裏面最下段の証明欄の記載を忘れずをお願いします。

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 { 名称 医療法人○○会□□病院  
診療機関の { 所在地 ○○市○○町○○番地  
医師の氏名 医師 □□ □□

## 手続きの流れ



## 資料4 指定医療機関一覧

所在地	番号	医療機関名
宇都宮市	1	国立病院機構栃木医療センター
	2	国立病院機構宇都宮病院
	3	済生会宇都宮病院
	4	栃木県立岡本台病院
	5	地域医療機能推進機構うつのみや病院
	6	地方独立行法人栃木県立リハビリテーションセンター
	7	医療法人DIC宇都宮セントラルクリニック
足利市	8	足利赤十字病院
栃木市	9	とちぎメディカルセンターしもつが
佐野市	10	佐野厚生総合病院
	11	佐野市民病院
鹿沼市	12	上都賀総合病院
小山市	13	新小山市民病院
真岡市	14	芳賀赤十字病院
大田原市	15	那須赤十字病院
矢板市	16	国際医療福祉大学塩谷病院
下野市	17	自治医科大学附属病院
	18	石橋総合病院

医療機関等の皆様へ

## 地方公務員災害補償制度における 医薬品の自己負担について ～長期収載品の選定療養～

**2024年10月から健康保険において  
長期収載品の処方等又は調剤をする場合には、  
医療上の必要があると認められる場合等を除き、  
患者から特別の料金<sup>※1</sup>を徴収することとなりました。**

- ◆ これを踏まえ、地方公務員災害補償制度においては、労災保険等における取扱いと同様に、公務又は通勤により生じた傷病に対する診療に際して、長期収載品<sup>※2</sup>を処方等又は調剤する場合には、医療上の必要性があると認められる場合等<sup>※3</sup>を除き、被災職員から「特別の料金」に相当する額を徴収していただくこととなります。
- ◆ また、この取扱いは外科後処置及びアフターケアにおける薬剤の取扱いにおいても同様です。

### ※1 特別の料金

長期収載品と後発医薬品の価格差の4分の1に相当する費用をいいます。

### ※2 長期収載品

後発医薬品のある先発医薬品のことをいいます。

このうち、一定の条件を満たした品目が特別の料金の対象となります。

### ※3 医療上の必要性があると認められる場合等

長期収載品の処方が医療上の必要性があると認められる場合や、後発医薬品の在庫状況等を踏まえ後発医薬品を提供することが困難な場合等をいいます。

健康保険の取扱い等、制度の詳細は厚生労働省ウェブサイトをご覧ください。



(厚生労働省ウェブサイト)