

# 公務・通勤災害 【療養補償請求等の手続き】

## 被災職員の皆様へ

このたびは、被災されましたことを心からお見舞い申し上げます。

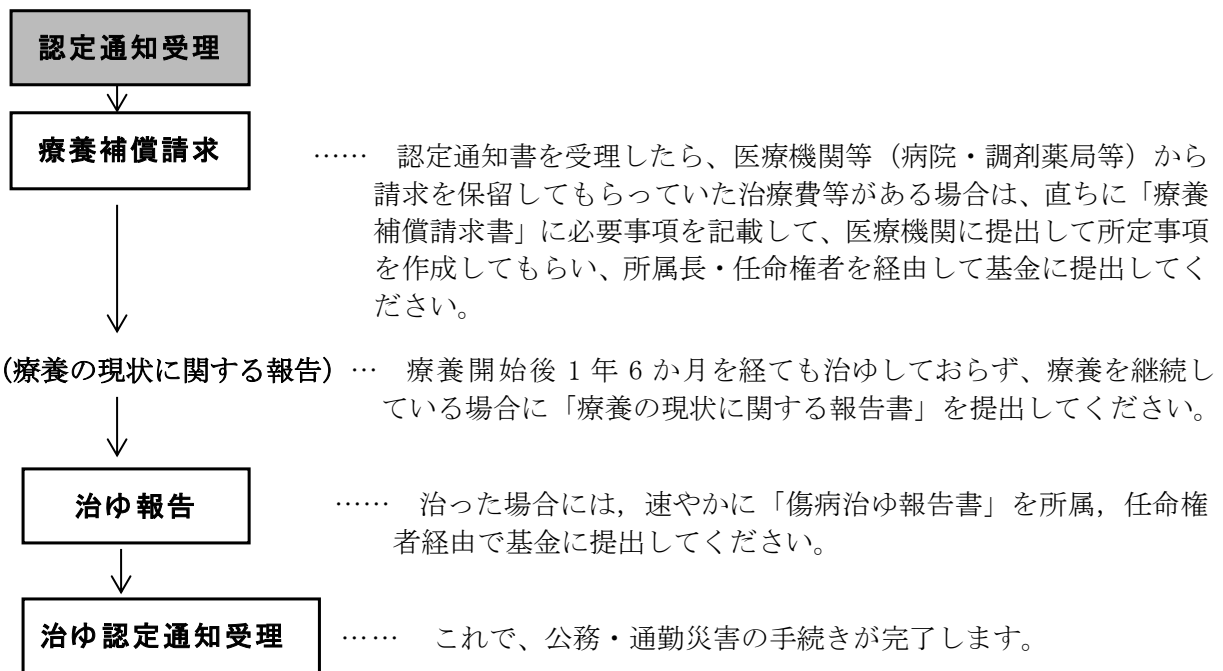
公務上の災害又は通勤災害該当として認定された方々へは、補償の仕組みや補償の請求手続き等の概要について、別冊の「災害補償のしおり」でご案内しているとおりです。

この手引きは、被災職員の方が治療を受けるために医院や病院、調剤薬局などの医療機関等にかかった際の治療費等の支払いを迅速に行うために必要な事項を取りまとめているのでご活用願います。

なお、認定された傷病が治った場合には、速やかに報告をお願いします。このことをもって、公務・通勤災害の手続きが一切完了します。

※ 被災職員が、公務・通勤災害を認定請求中であるとして受診した医療機関から「いつになったら医療費の請求をできるのか」といった問い合わせが、基金に多く寄せられています。医療費等の支払いの遅れは医療機関へ多大な迷惑をかけるだけでなく、他の職員が被災して受診した際に全額自己負担を求められる事態を引き起こしておりますので、速やかに療養補償請求をお願いします。

## ～今後の手続きの流れ～



### 問い合わせ先

地方公務員災害補償基金宮城県支部（宮城県総務部職員厚生課内）  
〒980-8570 仙台市青葉区本町三丁目8番1号  
電話 022-211-2243 FAX 022-211-4448

## 目 次

<b>I 補償請求に関する事務</b> -----	1
1 療養補償事務の手続 -----	2
2 療養補償請求書等の記載要領及び記載例 -----	10
<b>II 治ゆ（症状固定）及び療養の現状報告</b> -----	19
1 治ゆの時期 -----	19
2 治ゆしたときの取扱い -----	19
3 治ゆの認定 -----	21
4 療養の現状報告 -----	21
5 傷病治ゆ報告書の記載例 -----	22
6 療養の現状等に関する報告書の記載要領 -----	23
<b>III 請求書等様式</b>	
1 様式第5号 療養の給付請求書	
2 様式第6号 療養補償請求書	
3 様式第6号 療養補償請求書（調剤費請求明細）	
4 様式第6号 療養補償請求書（訪問看護事業者の証明）	
5 支部様式第117号 個室・上級室使用証明書	
6 支部様式第118号 看護証明書	
7 支部様式第119号 移送費明細書	
8 支部様式第120号 傷病治ゆ報告書	
9 様式第38号 療養の現状等に関する報告書	
（様式は、コピーして使用願います。なお、電子データは宮城県職員厚生課のホームページに掲載しています。）	
<b>参 考</b> -----	37
補償の内容について -----	38
受けられる補償・福祉事業の種類と主な給付額の例 -----	40

公務災害の認定を受けただけでは、医療機関への支払いは  
行われません！ 支払いのための手続きをとってください。



# I 補償請求に関する事務

## 凡 例

法	地方公務員災害補償法
令	地方公務員災害補償法施行令
規則	地方公務員災害補償法施行規則
業務規程	地方公務員災害補償基金業務規程

# 1 療養補償事務の手続

## (1) 療養補償の時効について

療養補償費を受ける権利は、支払義務が確定した日（診察を受けた日又は公務災害と認定された日のどちらか遅い日）の翌日から2年以内に請求が行われない場合は、**時効により消滅します。**（災害補償のしおり参照）

その場合、治療費は被災職員の自己負担となりますので、速やかに請求をしていただくようお願いいたします。

## (2) 療養費の請求手続

### ① 医療機関に受領委任する場合（10頁参照）

療養補償は、本来ならば、被災職員が医療費の全額を医療機関に支払った後に、基金に対して請求するものです。

しかし、被災職員の負担が一時的に大きくなることから、その受領を医療機関に委任することで、被災職員が一時的にせよ費用の立替をしなくて済む方法（**受領委任**）を採ることができます。

（請求方法）

療養補償請求書の1「補償費用の受領委任」欄を記入し、請求します。裏面については、診療費請求明細は必要ですが、医療機関の証明は不要です。

療養補償の支給基準及び添付書類は、8頁のとおりです。

### ② 共済組合員証を使用した場合（12頁参照）

公務あるいは通勤による傷病の診療に際し、**原則として共済組合員証は使用できません。**

しかし、認定手続に時間を要する場合や医療機関の協力が得られない場合等で、やむを得ず共済組合員証を使用した場合は、自己負担した額を療養補償請求書で請求します。

（請求方法）

療養補償請求書2・3号紙の診療費請求明細は、**診療費総額について医療機関に記入してもらい、証明を受け、自己負担分の領収書（原本）を添付し、請求します。**

なお、共済組合から医療機関に支払われた7割分については、後日、基金から共済組合へ支払いをします。

### ③ 医療費等を被災職員が全額支払った場合（14頁参照）

（請求方法）

療養補償請求書に必要事項を記載し、2・3号紙の診療費請求明細に医療機関の証明を受け、領収書（原本）を添付し、請求します。

### ④ 指定医療機関で受診した場合

指定医療機関とは、直接療養の給付を行う趣旨で、基金があらかじめ指定した病院（裏表紙見返し参照）であり、被災職員が指定医療機関で療養を受けた場合、これに要した費用を基金が直接、その医療機関に支払います。

（請求方法）

療養の給付請求書（様式第5号）に必要事項を記載し、指定医療機関へ提出してください。

その後は、指定医療機関からの請求に基づいて基金が直接支払います。

### (3) 療養補償請求書作成の留意事項

- ① 請求年月日、認定番号、所属、職、氏名を必ず記入すること。
- ② 「診療費請求明細」の「診療報酬点数により計算できないもの」の欄には、単に金額だけではなくその内容も具体的に書くこと。
- ③ 本人請求の場合の振込銀行口座は、請求者名義の銀行口座であること。
- ④ 医療機関に受領委任した場合の振込銀行口座は、原則として受任者名義の銀行口座であること。
- ⑤ 個人番号を記入することで公金受取口座を利用することができるが、必ず公金受取口座の登録を終えていること。なお、その場合口座の記入は不要である。

(消費税の非課税について)

次のものに係る消費税は消費税法第6条等の規定により、**非課税とされています**ので、医療機関で支払いをする場合には注意してください。

ア 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、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、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）のための費用

イ 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**

ウ **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

### (4) 転医について

どの医療機関で受診するかは職員の自由ですが、転医（受診医療機関の変更）については、次のような医療上又は社会通念上必要と認められるもの以外は認められません。

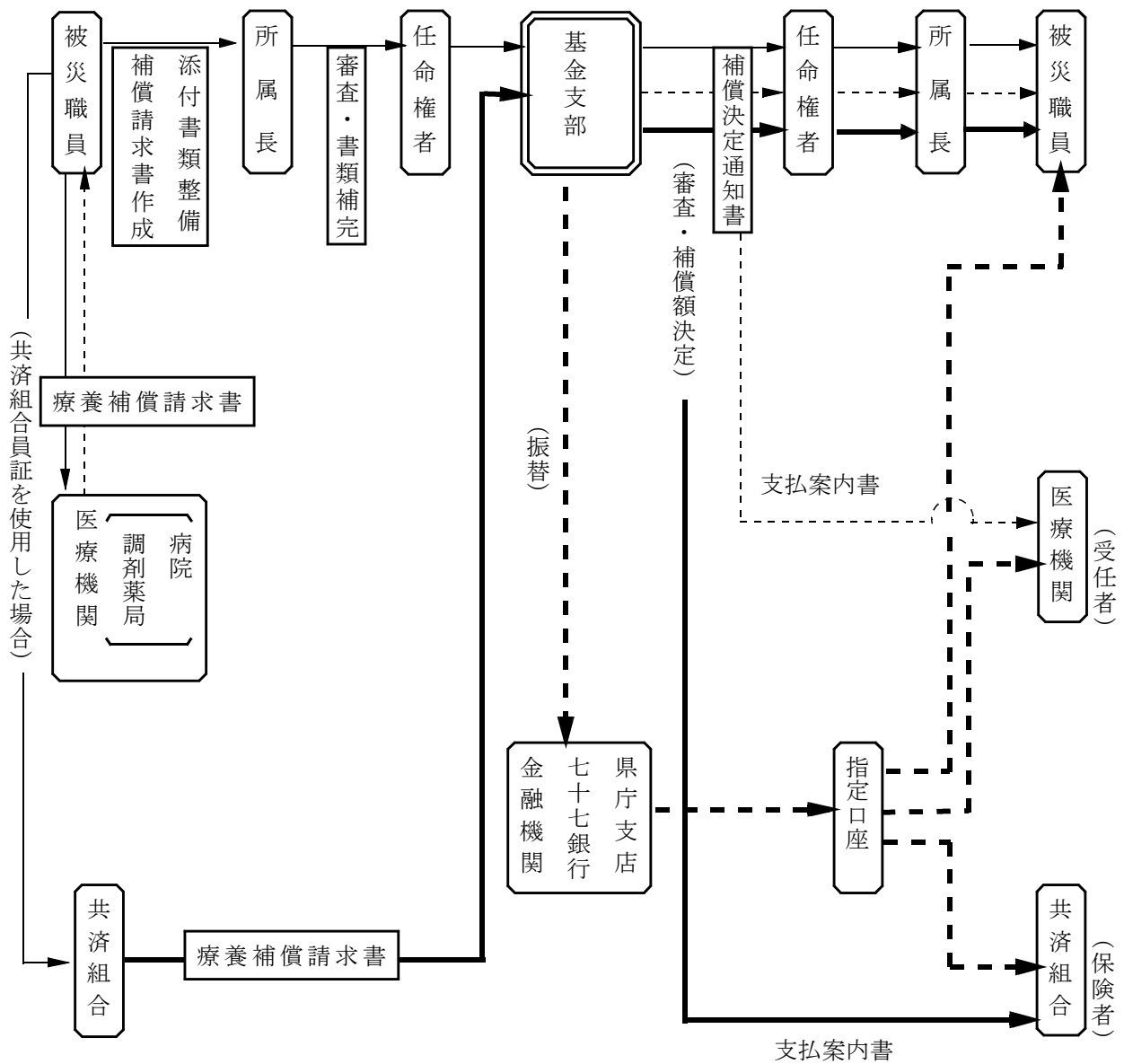
この場合、初診料等転医前の医療機関と重複するもの及び転医前の医療機関から転医後の医療機関への移送費等は必要な療養とは認められず、療養補償の対象とならない場合があります。

また、慎重を期する意味等の理由で他の医療機関での再検査を希望する場合でも、その検査が医学的に見て相当な理由があり、社会通念上相当なものでなければ療養補償の対象となりません。

○療養補償の対象となる転医の例

- ① 被災場所の近くの医療機関で応急手当を受けた後、療養に適した専門医療機関に転医する場合や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
- ② 医療技術・設備等の問題から、他の専門医療機関を紹介され、転医する場合

—療養補償事務の流れ—



- 注) 本人請求の場合 \_\_\_\_\_
- 医療機関に受領を委任した場合 - - - - -
- 共済組合員証を使用した場合 \_\_\_\_\_
- 補償費の支払い経路 - - - - -

## (5) 療養補償の範囲

### ① 診察

- |                      |
|----------------------|
| ア 医師及び歯科医師の診察（往診を含む） |
| イ 療養上の指導及び監視         |
| ウ 診断上又は診療上必要な各種検査    |
| エ 診断書、処方せんその他意見書等の文書 |

#### (説明)

- (ア) 療養補償は、公務または通勤により生じた傷病に対する必要な療養について行うものであり、その内容は医学上、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。したがって、転医については、医療上または勤務上の必要による場合等は原則として認められますが、重複診療その他被災職員  
の恣意による場合等は原則として必要な療養とは認められません。
- (イ) 療養補償の対象として認められる検査とは、現在の医学水準からみて、診療上必要な検査をいうものであり、診察とは直接関係のない検査は、必要な療養とは認められません。
- (ウ) 診断書等の文書料は、補償の実施上必要な文書に限り療養補償の対象として認められるものであり、服務関係等他の目的に使用するものは認められません。

### ② 薬剤又は治療材料の支給

- |                                                     |
|-----------------------------------------------------|
| ア 内服薬及び外用薬の支給またはガーゼ、包帯、油紙、容器、コルセット、固定装具、副木等の治療材料の支給 |
| イ 便器、氷のう、水まくら、ゴム布等の療養器材の支給                          |

#### (説明)

- (ア) 薬剤については、医師が必要と認める限り、原則として療養補償の対象として認められます。
- (イ) 治療材料については、医師が治療上必要と認めたもの又は直接治療に関係があると認められるものが療養補償の対象として認められますが、療養中でなくても日常生活に一般に必要とされる用品については、原則として認められません。
- なお、松葉づえ、コルセット等福祉事業と重複するものであっても、治療上必要なものは療養補償の対象として認められます。
- (ウ) 歯科補綴における、金等の保険適用外の材質使用については、歯科補綴の効果又は技術上の特別の必要等から金等の保険適用外の材質を使用することが医学的に適当であると考えられる場合に限り、療養補償の対象として認められます。

### ③ 処置、手術その他の治療の範囲

- |                                          |
|------------------------------------------|
| ア 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 |
| イ 切開、創傷処理及び手術並びにこれらに伴う麻酔                 |
| ウ その他の治療                                 |
| ・ 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、高原療養 |
| ・ 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    |

(説明)

- (ア) 輸血には、輸血の処置費、血液の料金、血液の輸送費、血液の検査料等が含まれます。この場合、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して認められます。
- (イ) 手術等については、現在の医学通念から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。
- (ウ) 次の場合は療養補償の対象として認められます。
  - ア 熱気療法、温浴療法等の各種療法については、医学上必要と認められるもので、医師の指導のもとに行われるもの。
  - イ 温泉療法については、温泉の科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で、その適応する温泉の選択、入浴方法等について医師の指導が必要であるので、原則として温泉病院、温泉療養所において行うもの。
  - ウ 柔道整復師による脱臼または骨折の患部に対する施術については、応急手当の場合を除き、医師の同意を得たものに限り、医師の同意については、医師の同意を得た旨が施術録に記載されていることが認められれば、同意書を添付する必要はありません。
  - エ 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、医師が必要と認めたものに限り、医師の同意書を添付する必要があります。

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の範囲

- ア 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。）に対する医師が行う計画的な医学管理
- イ 医師が必要と認めた場合の、医療機関が行う在宅患者訪問看護及び訪問看護事業者による訪問看護
- ウ 重症のため医師が常に看護師（看護師がいなかったためにこれに代わって付添婦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
- エ 看護料等に食事が含まれていない場合の、一日につき1,800円の範囲内で現実に要した食事の費用

(説明)

- (ア) 看護料は、次に該当する場合に支給されます。
  - ア 症状が重篤であって、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
  - イ 症状は必ずしも重篤ではないが、手術等により比較的長期間にわたり、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
  - ウ その他体位変換又は床上起座が常時不可または不能である者、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
- (イ) 有料職業紹介機関を通じて看護師等を求めたときに負担した受付手数料及び紹介手数料等も妥当な額の範囲内で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看護の範囲

- |                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------|
| ア 病院又は診療所への入院（入院に伴う食事を含む）及び入院中に死亡した場合の死体の安置                        |
| イ 健康保険における基準看護                                                     |
| ウ 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付添婦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 |
| エ 看護師又は付添婦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の付添費用                           |

(説明)

(ア) 個室又は上級室（2人以上の患者を収容する室で普通室以外のもの）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します。

なお、支給に当たっては「個室・上級室使用証明書」が必要です。

- a 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
- b 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
- c 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と認められる場合
- d その他特別な事情があると認められる場合

(イ) 入院中の暖冷房費、電気代、ガス代等で医療機関から当然に請求されるもの（当該器具の使用等について、被災職員等の選択にまかされている場合を除く。）及び寝具料は認められます。

⑥ 移送の範囲

- |                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------|
| ア 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、診療所等へ転送を必要とする場合に要する交通費、人件費及び宿泊料 |
| イ 病院、診療所等へ受診又は通院のための交通費                                             |
| ウ 独歩できない場合の介護付添に要する費用                                               |
| エ 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                                   |
| オ 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                                         |

(説明)

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は、一般的には電車、バス等の交通機関の利用について認められるもので、タクシー等の利用は、被災職員の傷病の部位及び状況等からみて、やむを得ずこれらの交通機関を利用しなければならなかったものと認められる場合に限り認められるものです。したがって、医学上の理由もなく遠隔地の病院へ行った場合や、被災職員の恣意により転医した場合、あるいは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利用した場合等については、療養補償の対象とはなりません。

(6) 療養補償の支給基準

請求内容	補償の基準	添付書類等
医療費	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 治ゆの日まで支給する。</li> <li>・ 恣意的理由で転医した場合の重複診療分については、原則として支給しない。</li> </ul>	領収書
文書料	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 補償の実施上必要な文書に限られる。</li> <li>・ 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り。）のみ通常1通分が認められる。</li> </ul>	領収書
薬剤、治療材料	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 療養上医師が必要と認めた場合の薬剤、コルセットの購入費用、松葉杖の賃借料</li> </ul>	医師の証明書、領収書
柔道整復師の施術	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 打撲、捻挫、挫傷に対する施術(脱臼、骨折の施術については、応急手当を除き、医師の同意を得たもの。)</li> </ul>	(医師の同意書)
鍼灸、マッサージ等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 療養上医師が必要と認めた場合に限る。(施術開始後、概ね6か月を目途とする。)</li> </ul>	医師の証明書
室料差額	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 個室・上級室利用の場合の室料差額は原則として自己負担となるが、次の場合には必要最小期間のみ補償の対象となる。</li> <li>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</li> <li>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られると認められる場合</li> <li>ウ 普通室が満室で、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</li> <li>エ その他特別な事情があると認められる場合</li> <li>・ 医療機関が受領委任により請求する場合は、診療費請求明細欄に必要理由を記入すること。</li> </ul>	個室・上級室使用証明書、領収書
入院諸費	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 入院料とは別に医療機関から請求される冷暖房費、電気代、ガス代、貸与寝具等で、入院者全員から徴収される性格のものは対象となるが、テレビの使用料等個人的に使用したものは対象とならない。また、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。</li> </ul>	領収書（内訳、明細の分かるもの）
看護料	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療機関が基準看護を行っておらず、かつ病状が重篤等で次のア～ウに該当し、医師の指示により看護人を雇った場合</li> <li>ア 症状が重篤で絶対安静を必要とするとき</li> <li>イ 手術のため常時監視を必要とするとき</li> <li>ウ 体位変換・床上起座が不可能又は食事・用便に介助を必要とするとき</li> </ul>	看護証明書、領収書
移送費(通院費等)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 被災場所から医療機関への移送の費用及び通院の交通費</li> <li>・ タクシー利用については、傷病の部位及び状況から、やむを得ず利用しなければならなかったと認められる期間</li> <li>・ 自家用車使用による場合は1回の通院に係る全路程の通算距離（1km未満切り捨て）に30円を乗じて算定する。</li> </ul>	移送費等明細書、領収書

※添付書類について

- 1 医療機関に受領委任するものについては、「領収書」は不要です。
- 2 「医師の証明書」に代えて、療養補償請求書2号紙の摘要欄に、医師の証明を受けても差し支えありません。

# 療養補償請求書チェックシート

※提出する療養補償請求に記載漏れ等がないか確認してください。

## 1号紙

- 認定番号、請求回数欄は記載されている。
- 請求年月日、請求者の住所、職氏名の記名がされている。
- 「2 被災職員に関する事項」欄が全て記載されている。

(医療機関に受領委任する場合)

- 受領委任先名、被災職員の氏名の記名がされている。
- 振込先口座(「9 送金希望の場合」欄)のフリガナが記載されている。

(自己負担分を請求する場合)

- 振込先口座名は、請求者の名義である。
- 振込先口座に誤りがないか再度チェックしてください。(複数口座をお持ちの方の場合、銀行名と支店名、口座番号を相違される方がいます。)

## 2号紙

- 傷病名、診療開始日、診療期間、診療実日数が記載されている。
- 傷病の経過、転帰欄が記載されている。←記載漏れのないように。
- 個室・上級室を使用した場合、「個室・上級室使用証明書」が添付されている。  
又は摘要欄に、個室使用の理由と期間について医師の証明を受けている。

(自己負担分を請求する場合)

- 下部欄の診療機関の証明欄は記名されている。
- 補装具費を請求する場合、それが必要であった事を証する医師の証明がある。  
(診断書の他、摘要欄への記載でも可)
- 領収書の原本が全て添付されている。

## 移送費を請求する場合

- 移送費等明細書の添付をしている。
- タクシーを利用した場合は、移送費等明細書に医療機関の証明を受けている。
- 自家用車使用の場合、経路図が添付されている。



㊦ 薬局の場合は3号紙を使ってください。

2号紙

*10 診療費請求明細		(職員氏名) 宮城 太郎				
傷病名	ア 右腓骨々折	診療開始日	ア 令和〇年2月21日	診療期間	令和〇年2月21日から	
	イ		年 月 日		令和〇年4月30日まで	
	ウ		年 月 日			
初診	時間外・休日・深夜	回	点	診療実日数	36日	
再診	再診	×	回	傷病の経過	入院後、ギプス固定・安静と投薬による治療を行っていた。ギプス除去後、マイクロ照射と歩行練習を行い、退院。その後、数日の通院で治ゆ。	
	外来診療料	×	回			
	継続管理加算	×	回	転帰	令和〇年4月30日	
	外来管理加算	×	回			
	時間外	×	回	治ゆ 継続 転医 中止 死亡		
	休日	×	回	摘 要		
	深夜	×	回	<p>別添診療報酬明細書のとおり</p> <p>認定傷病名に係る診療報酬点数について証明を受けてください。                      なお、2号紙への記載に代えて診療報酬明細書(レセプト)を添付しても構いません。</p> <p>個室・上級室使用証明書を添付してください。(証明書に代えて摘要欄に個室に収容した理由とその期間について医師の記入でも可。)</p>		
指導						
在宅	往診		回			
	夜間		回			
在宅	深夜・緊急		回			
	住宅患者訪問診察		回			
投薬	その他		回			
	薬剤		回			
	内服	×	単位			
	調剤	×	単位			
投薬	屯服	×	単位			
	調剤	×	単位			
	外用	×	単位			
投薬	処方		回			
	麻毒調基		回			
注射	皮下		回			
	筋肉内		回			
注射	静脈内		回			
	その他		回			
処置	薬剤		回			
手術	麻酔		回			
検査	薬剤		回			
	薬剤		回			
画像診断	薬剤		回			
	薬剤		回			
その他						
入院	入院年月日	平成 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			
	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			
		20,729	× 10	207,290円		
診療報酬点数により計算できないもの		診断書料・入院室料差額等				
		1通3,000円 室料5,000円			8,000円	
診療費請求合計額				215,290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	受領委任の場合には、証明は不要です	

医療機関が記入

② 共済組合員証使用により、自己負担額を請求する場合  
(自己負担額の領収書添付)

1号紙

療養補償請求書

請求年月日 昭和 年 月 日	請求回数 第 回 (昭和 年 月 日分)
請求者の住所 〒 市 区 丁目 番 号	請求者の氏名 フリガナ
請求者の職名 氏名	

被災職員が記入

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 (記入不要) に委任します。
受補償費用の委任者の氏名	(記入不要)
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)	(記入不要)

2	被災時の内容を記入
被災年月日	被災場所
被災原因	
被災時職名	
被災時職別	<input checked="" type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤
被災時年齢	昭和 年 月 日

実際に自己負担した額  
医療費 207,290円×0.3  
診断書 3,000円  
室料 5,000円  
の場合

3	療養費 内訳は「本12 診療費請求明細」欄記載のしるし	円
4	薬料費 内訳は「本12 薬剤費請求明細」欄記載のしるし	円
5	看護料 年 月 日から 年 月 日まで 日割 (看護師の資格) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	円
6	移送費 から まで <input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復	円
7	その他 <input type="checkbox"/> その他の移送費	円

公金受取口座と紐づけ済の個人番号のみ可

いずれか一つのみ選択・記入する

<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する 個人番号	
<input checked="" type="checkbox"/> 自己の口座を指定する	
金融機関名	支店名
口座種別	口座番号
口座名義人 氏名 (フリガナ)	
<input type="checkbox"/> その他	

必ずフリガナを記入すること。

被災職員名義の通帳のみ

* 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	

※注意! 本人振り込みの場合、銀行口座番号や振込支店名を誤って記載される方がいます。振込先を誤った場合、支払事務に重大な支障を来すため、必ず振込口座をよく確認して下さい。

㊤ 薬局の場合は3号紙を使ってください。

2号紙

*10 診療費請求明細		(職員氏名) 宮城 太郎			
傷病名	ア 右腓骨々折	診療開始日	ア 令和〇年2月21日	診療期間	令和〇年2月21日から
	イ		イ 年 月 日		令和〇年4月30日まで
	ウ		ウ 年 月 日		
初診	時間外・休日・深夜	回	点	診療実日数	36日
再診	再診	×	回	傷病の経過	入院後、ギプス固定・安静と投薬による治療を行っていた。ギプス除去後、マイクロ照射と歩行練習を行い、退院。その後、数日の通院で治ゆ。
	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			
転帰	令和〇年4月30日				
指導	治ゆ 継続 転医 中止 死亡				
在宅	往診	回	摘要		
	夜間	回			
	深夜・緊急	回			
在宅	住宅患者訪問診察	回	(共済組合員証使用) 別添診療報酬明細書のとおり		
	その他	回			
	薬	回			
投薬	内服	×	単位	認定傷病名に係る診療報酬点数について証明を受けてください。 なお、2号紙への記載に代えて診療報酬明細書(レセプト)の写しを添付しても構いません。	
	屯服	×	単位		
	外用	×	単位		
注射	皮下	回	個室・上級室使用証明書を添付してください。(証明書に代えて摘要欄に個室に収容した理由とその期間について医師の記入でも可。)		
	筋肉内	回			
	静脈内	回			
処置	その他	回	個室・上級室使用証明書を添付してください。(証明書に代えて摘要欄に個室に収容した理由とその期間について医師の記入でも可。)		
	薬	回			
	剤	回			
手術	麻酔	回	個室・上級室使用証明書を添付してください。(証明書に代えて摘要欄に個室に収容した理由とその期間について医師の記入でも可。)		
	薬	回			
	剤	回			
検査	薬	回	個室・上級室使用証明書を添付してください。(証明書に代えて摘要欄に個室に収容した理由とその期間について医師の記入でも可。)		
	剤	回			
	薬	回			
画像診断	薬	回	個室・上級室使用証明書を添付してください。(証明書に代えて摘要欄に個室に収容した理由とその期間について医師の記入でも可。)		
	剤	回			
	薬	回			
入院	入院年月日	平成 年 月 日	食事 基準 円×日間 円×日間 円×日間		
	病・診・衣	入院基本料・加算			
		× 日間 × 日間 × 日間 × 日間			
入院	特定入院料・その他	合計点数 1点単価			
		20,729 × 10 207,290円			
		診療報酬点数により計算できないもの 診断書料・入院室料差額等 1通3,000円 室料5,000円 8,000円			
診療費請求合計額					215,290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4月30日		診療機関の			
		所在地 仙台市〇〇区〇〇町〇〇番地			
		名称 〇〇病院			
		医師の氏名 〇〇 □□			

医療機関の記入・証明を受けてください。



④ 薬局の場合は3号紙を使ってください。

2号紙

*10 診療費請求明細		(職員氏名) 宮城 太郎			
傷病名	ア 右腓骨々折	診療開始日	ア 令和〇年2月21日	診療期間	令和〇年2月21日から
	イ		イ 年 月 日		令和〇年4月30日まで
	ウ		ウ 年 月 日		
初診	時間外・休日・深夜	回	点	診療実日数	36日
再診	再診	×	回	傷病の経過	入院後、ギプス固定・安静と投薬による治療を行っていた。ギプス除去後、マイクロ照射と歩行練習を行い、退院。その後、数日の通院で治ゆ。
	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	令和〇年4月30日
					治ゆ 継続 転医 中止 死亡
在宅	往診 夜間 深夜・緊急 住宅患者訪問診察 その他の他剤	回 回 回 回		<p>摘要</p> <p>別添診療報酬明細書のとおり</p> <p>認定傷病名に係る診療報酬点数について証明を受けてください。 なお、2号紙への記載に代えて診療報酬明細書(レセプト)の写しを添付しても構いません。</p> <p>補装具を必要とした旨の医師の診断書を添付してください。(診断書に代えて摘要欄にその旨の記入でも可)</p> <p>個室・上級室使用証明書を添付してください。(証明書に代えて摘要欄に個室に收容した理由とその期間について医師の記入でも可。)</p>	
投薬	内服	×	単位		
	屯服	×	単位		
	外用	×	単位		
注射	皮下		回		
	筋肉内		回		
	静脈内		回		
処置	その他		回		
	薬剤		回		
	手術		回		
検査	薬剤		回		
	薬剤		回		
	薬剤		回		
画像診断	薬剤		回		
	薬剤		回		
	薬剤		回		
入院	入院年月日	平成 年 月 日			
	病・診・衣	入院基本料・加算			
		×	日間		
入院		×	日間		
		×	日間		
		×	日間		
	特定入院料・その他				
		食事	基準	円×	日間
				円×	日間
				円×	日間
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		
		20,729	× 10	207,290円	
診療報酬点数により計算できないもの		診断書料・入院室料差額等			
		1通3,000円 室料5,000円		8,000円	
診療費請求合計額				215,290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4月30日		診療機関の		所在地 仙台市〇〇区〇〇町〇〇番地	
				名称 〇〇病院	
				医師の氏名 〇〇 □□	

医療機関の記入・証明を受けてください。

(2) 個室・上級室使用証明

支部様式第 117 号

個室・上級室使用証明書

認定番号

〇〇-0500

所 属	〇〇高等学校		氏 名	宮城 太郎	
傷 病 名	右腓骨々折		災害発生日	令和 〇年 2月 21日	
入 院 期 間	令和 〇年 2月 21日から 令和 〇年 3月 30日まで			38 日間	
特別室を必要と認めた 具体的理由 (該当するものに○を付けて、下の括弧にその内容を分かりやすく記載してください。)	<input checked="" type="radio"/> ア 病状重篤で絶対安静を必要とし、又は手術のため常時監視を要する場合など、療養上他の患者から隔離しなければ適切な診療が行えない場合 <input type="radio"/> イ 傷病の状態から、隔離しなければ他の患者の診療を著しく妨げる場合 <input type="radio"/> ウ 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 <input type="radio"/> オ その他特別な事情がある場合				
貴院の等級	呼称(収容定員) (例:個室、上級室)	個室 ( 1人)	上級室 ( 2人)	3人部屋 ( 3人)	普通室( 人部屋) ( 6人部屋)
	室 数	7室	7室	7室	7室
	1日あたりの室料差額	5,000円	4,000円	3,000円	0円
被災職員 使用状況	上記病室を必要とした 期 間	〇年2月21日 〇年2月21日(1日間)	年 月 日 年 月 日(日間)	年 月 日 年 月 日(日間)	〇年2月22日 〇年3月30日(37日間)
	各 室 の 差 額 合 計	5,000円	円	円	0円 [合計5,000円]
備 考					

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 〇年 4月 30日

医療機関の { 所在地 仙台市〇〇区〇〇町〇〇番地  
 名称 〇〇病院  
 医師の氏名 〇〇 □□

(注意) 療養補償は医学療養上必要な最小限度のものについてのみ行われるものですので、個室・上級室を被災職員の希望により使用した場合には、その使用料(室料差額)については、被災職員個人が負担することとなります。

(3) 看護証明書

支部様式第 118 号

看 護 証 明 書

被災職員 氏 名	宮城 太郎	認 定 番 号	〇〇-〇5〇〇
1 傷 病 名	右 腓 骨 々 折		
2 看護を必要とする理由	(該当するところに○を付けて下さい。) ア 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。 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、看護師等が常時監視を要し、随時適切な処置を講ずる必要がある。 ウ その他体位変換または床上起座が常時不可または不能であるもの、食事およ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である。 エ その他 ( )		
3 看 護 者	資 格 等	なし	
	住 所	仙台市〇〇区〇〇町〇丁目〇番〇号	
	氏 名	宮城 花子	
	続 柄	妻	
4 看護を必要とする期間	令和 〇 年 2 月 21 日から 令和 〇 年 2 月 25 日まで 5 日間		
5 基準看護の有無	有 (無)		
6 備 考	※看護料は基準看護の場合は原則として認められません。 ※看護師については、当該地方の慣行料金を限度として補償されます。 ※看護師が得られず、代わりに家族が付き添った場合の看護料は、当該地方の看護師の慣行料金に準じて算定されます。		
上記のとおりであることを証明します。 令和 〇 年 4 月 30 日 医療機関 所在地 仙台市〇〇区〇〇町〇〇番地 名 称 〇〇病院 医師氏名 〇〇 □□ 地方公務員災害補償基金宮城県支部長 殿			

(注) 基準看護が実施されている病院で更に付添看護を必要とする場合は、その理由を詳細に備考欄に記載してください。

(4) 移送費等明細書

支部様式第119号

移 送 費 等 明 細 書

被災職員氏名		宮城 太郎					認定番号		〇〇-0500								
傷病名		右腓骨々折															
医療機関	通院	4月	①	2	3	4	⑤	6	7	8	9	10	11	⑫	13	14	15
		月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	⑮	26	27	28	29	30
	院	1月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
		月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
機	日	1月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
		月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
関		〔タクシー使用の必要性〕															
の		必要とした期間 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで															
証		上記のとおりであることを証明します。 令和 〇年 4月 30日															
明		医療機関所在地 仙台市〇〇区〇〇町〇〇番地 名称 〇〇病院 医師氏名 〇〇 □□ 地方公務員災害補償基金宮城県支部長 殿															
移送費の明細	移送の経路	経路		交通機関		距離		料金									
		自宅 → 病院 → 自宅		自家用車		6.2 km											
		勤務地 → 病院 → 勤務地		自家用車		3.2 km											
		(バスを利用した場合)															
明細の算定	移送費	(自家用車を使用した場合) 6.2km(片道)×2=12.4km(往復)÷12km 12km×30円=360円/日 3.2km(片道)×2= 6.4km(往復)÷ 6km 6km×30円=180円/日 360円/日×3日=1,080円 180円/日×1日= 180円 1,080円+180円=1,260円 (バスを利用した場合) 200円×2(往復)×4日(通院日数)=1,600円															

通院の際に公共交通機関又は自家用車を使用した場合は医療機関の証明は原則不要ですが、タクシーを利用した場合は、必要性について医師の証明を受け、タクシー代の領収書(原本)を添付してください。

- 〔注意事項〕
- 1 通院日の欄は通院日に○印をしてください。
  - 2 移送費の算定の欄には、請求額の内訳を記入してください。
  - 3 自家用車を使用した場合には、自宅及び勤務地・医療機関の位置関係と距離がわかるように地図を添付してください。
  - 4 自家用車を使用した場合の移送費の算定方法は、1回の通院に係る全路程を通算した距離(1km未満の端数がある場合にはこれを切り捨てる。)に30円/kmを乗じた額になります。
  - 5 診断書を受け取るための通院等診察を受けていない日に係る通院費用は、移送費の対象とはなりません。

## Ⅱ 治ゆ（症状固定）及び 療養の現状報告

## 1 治ゆの時期

地方公務員災害補償制度上でいう「治ゆ」とは、次の場合をいいます。

- (1) 傷病が完全に治った場合……完治
- (2) 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又は慢性症状に移行した状態の場合……  
症状固定

※「症状が固定」とは…

治療の結果、痛みや違和感などの慢性症状が残っているものの、その傷病に対する医療効果が将来に向かって期待できない場合。

現在行っている治療が**対症療法(症状の原因となる「疾患そのもの」を治療するのではなく、痛み等を緩和することを目的とした治療)のみとなっている場合。**

なお、同一の事故等によって2以上の傷病が生じた場合には、その全部が「完治」又は、「症状固定」となった時をもって「治ゆ」とします。

また、急性症状部分のみを公務・通勤による災害と認定されたものについては、その発症又は増悪前の状態に回復するまで、あるいは、急性症状が消退し慢性症状に移行したと認められる時期をもって「治ゆ」とします。

## 2 治ゆしたときの取扱い

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

また、おおむね6か月以上にわたって療養の請求のない場合には、基金支部は当該傷病の状況その他必要な事項を適宜被災職員に直接又は任命権者を通じて調査します。

なお、傷病治ゆ報告書には診断書を添付する必要はありませんが、症状固定で残存障害がある場合は、傷病治ゆ報告書の「残存障害の程度及び症状」欄にできる限り詳細に記載してください。残存障害の状況により、障害補償の対象となる場合があります。

障害補償の対象となる残存障害の程度は、次のようなもの以上の障害です。

[障害等級第14級の主な例]

- ・3本以上に対し歯科補てつを加えたもの
- ・一耳の聴力が1m以上の距離では小声を解することができない程度になったもの
- ・上肢・下肢の露出面に手のひらの大きさの醜いあとを残すもの
- ・一手の母指以外の手指の遠位指節間関節を屈伸することができなくなったもの
- ・局部に神経症状（常時疼痛）を残すもの
- ・男子の顔面部に10円硬貨大以上の瘢痕又は3cm以上の線状痕を残すもの など

### 3 治ゆの認定

基金支部では、傷病治ゆ報告に基づき治ゆの認定をしますが、基金の調査により治ゆが確認された場合は、傷病治ゆ報告書の提出がない場合でも、治ゆの認定を行う場合があります。

なお、治ゆ（症状固定）の認定後に引き続き受傷部位に残った疼痛等の症状をおさえるための治療、いわゆる対症療法が行われる場合は基金の補償は受けられませんが、共済組合の療養の給付（共済組合員証使用）が受けられます。

### 4 療養の現状報告

公務災害又は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、その傷病が治っておらず療養を継続している場合**、その日から1か月以内に任命権者を經由して、基金支部へ「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において、基金が必要と認めて通知した者についてもこの報告書を提出しなければなりません。

## 5 傷病治ゆ報告書の記載例

支部様式第 120 号

傷病治ゆ報告書		認定番号	〇〇-0500
令和〇年3月1日			
地方公務員災害補償基金宮城県支部長 殿			
傷病治ゆ報告書は、被災職員（及び所属）が作成するものです。 医療機関の証明（診断書等も含めて）は必要ありません。		(被災時) 被災職員 所属団体 <u>〇〇市（教育委員会）</u> 所属部局等 <u>〇〇市立△△小学校</u> 職・氏名 <u>教諭 宮城 一郎</u>	
令和〇年1月17日付けで <input checked="" type="checkbox"/> 公務上 <input type="checkbox"/> 通勤災害該当 と認定された災害については、療養の結果治ゆしたので、下記のとおり報告します。			
記			
災害発生日	令和〇年1月6日（金）		
認定傷病名	右腓骨々折 右下腿挫創 <div style="border: 1px dashed red; padding: 5px; float: right; margin-top: 10px;">                     障害が残った場合は、「症状固定」にチェックをすること。                 </div>		
治ゆ年月日等	令和〇年2月28日 <input checked="" type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 症状固定		
残存障害の程度及び症状	<input type="checkbox"/> 有 <div style="border: 1px dashed red; padding: 5px; display: inline-block; margin: 10px;">                     障害が残った場合は、「有」にチェックをし、障害の残った部位、障害の程度（知覚異常の場合は併せて頻度と発生時期）などを記載すること。                      障害が残らなかった場合は「無」にチェックをすること。                 </div> <input checked="" type="checkbox"/> 無		
その他参考事項 (医療機関名)	共済組合員・健康保険組合員記号番号 <u>公立宮城 第〇〇〇〇〇〇〇号</u> 最終受診日 <u>令和〇年2月28日</u> (医療機関名： <u>〇〇〇病院</u> )		
所 属 長 確 時 認	上記のとおり確認しました。 令和〇年3月2日 職名 <u>〇〇市立〇〇小学校長</u> 氏名 <u>△△□□</u>		

(記入状の注意)

- 該当する□にレ印を付してください。
- 「治ゆ」とは、完全治ゆ（完治）のみでなく、症状が固定しもはや医療効果が期待できなくなったときをいいます。例えば負傷の場合には創面がゆ着し、もはや治療効果を期待できなくなったとき、疾病の場合には急性症状が消退し、単に慢性症状は残存していても、もはや医療の効果を期待しえない状態となったときをいいます。
- 「その他参考事項」欄において、複数の受診病院等がある場合は最後に通院したところを記入してください。

この報告書は、治ゆ後速やかに所属長及び任命権者を經由して提出してください。

## 6 療養の現状等に関する報告書の記載要領

様式第38号

1号紙

療養の現状等に関する報告書		認定番号	〇〇-0500
<p>地方公務員災害補償基金宮城県支部長 殿</p> <p>下記のとおり療養の現状等について報告します。</p> <p>令和 〇年 〇月 〇日</p>			
<p>療養の現状等に関する報告書は、療養開始後1年6か月を経過した日において治ゆしていない場合などに提出するものです。</p> <p>療養開始後1年6か月より前に、治ゆした場合は提出の必要はありません。</p>		報告者の住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇区〇〇町〇丁目〇番〇号
		フリガナ 氏 名	ミヤギ イチロウ 宮城 一郎
		所属団体名	〇〇市（教育委員会）
		所属部局名	〇〇市立△△小学校
1 負傷又は発病の年月日	令和 〇年 1月 6日		
2 療養開始の年月日	令和 〇年 1月 6日		
3 傷 病 名	右腓骨々折 右下腿挫創		
4 療 養 の 経 過	<p><b>入院後、ギプス固定、安静と投薬による治療を行った。</b></p> <p><b>ギプス除去後、マイクロ照射と歩行練習を行い、退院。</b></p> <p><b>現在、通院によるリハビリを2週間程度行い、経過を見る。</b></p>		
5 日 常 生 活 の 概 要	<p>当該傷病に関係のある日常生活の状況について、次に該当する事項ごとに具体的にその能力、程度を記載するほか、日常生活の状況が今後6か月以内に変化する見込みについて、その有無及びその理由を記載すること。</p> <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>行動能力、食事、上肢筋力、用便、歩行、精神能力 言語能力、療養管理等</p> </div>		

### [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

(1) 傷病の種類（傷病名・傷病の部位等）

公務上もしくは通勤による傷病名又は障害の部位及びその程度を分かりやすく記入すること。

(2) 傷病の経過及び治療方法の概要

過去1年間における療養の内容及び経過について、治療を受けた期間と主たる治療及び傷病の経過の概要を記載すること。なお、1年以内に転医してきたものである場合には、現在の医療機関に関するものについて記載し、転医前のものについては、現症を説明するうえで参考となるものがあれば、追記すること。

その他の参考事項として、上記の傷病と関係のない傷病について療養を行った場合には、その傷病名及び療養の概要を記載するほか、既往症又は既存障害がある場合には、その傷病名又は既存障害の部位及びその程度を分かりやすく記載すること。

(3) 傷病の現状

引き続き療養を行っている現在の身体の状態についての所見を、次により記載すること。

①主訴－主訴を列挙して記載すること。②他覚的所見－症状について、その部位、範囲、程度等を分かりやすく記載すること。特に神経症状の場合は、できるだけ具体的に記載すること。③エックス線、CT、MRI、心電図、脳波及び筋電図等の所見並びにその他の主要な検査成績所見－各種検査結果は、診断時以前（なるべく3か月以内）に記載すること。（現在治療を行っている医療機関で検査できないものについては、「〇〇の障害がある」旨記載すること）

ア 視機能又は聴機能障害のある場合－それぞれの検査所見 イ じん肺のある場合－自覚症、一般所見、胸部所見、エックス線による検査、結核精密検査及び心肺機能検査所見 ウ 脊髄損傷のある場合－運動器系所見、泌尿器系所見

(4) 傷病の今後の見込み

今後の治療の要否及び療養等の見通しを、次により記載すること。

ア 今後の治療の要否とその概要

診断時に入院療養中の者で引き続き入院を要する者、又は診断時に通院療養中で、症状の変化等から入院療養を要する者については、「入院要」と、それ以外は「入院否」と記載し、今後治療を要する者については「治療要」と、治ゆの場合は「治療否」と記載するとともにその概要について記載すること。

イ 今後6か月間の見通し

今後6か月間における入院、通院（全部休養又は一部休業を要する者）の要否及び治ゆ等の見通しについて具体的に記載すること。

(報告者の氏名)

宮城 太郎

については上記のとおりであると認めます。

令和 ○年 ○月 ○日

医療機関の { 名称 ○○病院  
所在地 ○○市○○町○○番地  
医師の氏名 ○○○○

### Ⅲ 請求書等様式

様式はコピーしてご使用願います。

県職員厚生課ホームページ

(<http://www.pref.miyagi.jp/soshiki/syokuin/yousiki1.html>)

に、電子データを掲載しています。



療養補償請求書

認定番号	
請求回数	第 回 (令和 年 月分)

地方公務員災害補償基金 宮城県 支部長 殿 下記の療養補償を請求します。	請求年月日 令和 年 月 日 請求者の住所 フリガナ 氏 名
--------------------------------------------	--------------------------------------

1 受補償 領委任 費用の 受任者の	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 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 所在地 氏名(代表者名)

2 関被 す災 る職 事員 項に	所属団体名	フリガナ 氏 名
	所属部局名 (電話番号 )	年 月 日生 ( 歳)
	職 名 <input 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 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	<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 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 年 月 日まで	円

6 移 送 費	<input type="checkbox"/> 交通費 <input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復 から まで km	円
	<input type="checkbox"/> その他の移送費	

7 上記以外の療養費 (3~6以外)	円	8 療養補償請求金額 (3~7の合計額)	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 type="checkbox"/> 任意の口座を指定する 金融機関名 本支店等名 口座種別 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 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)
	<input type="checkbox"/> その他

* 受 理 (到達した年月日)	所 属 部 局 令和 年 月 日	任 命 権 者 令和 年 月 日	基 金 支 部 令和 年 月 日
* 決 定 金 額 円	* 通 知 令和 年 月 日	* 支 払 令和 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、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。

*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	令和 令和 令和	年 年 年	月 月 月	日 日 日				
初診	時間外・休日・深夜	回	点	診療期間	令和 令和	年 年	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	令和	年	月	日			
在宅	往診	回		摘要	治ゆ	継続	転医	中止	死亡		
	夜間	回									
	深夜・緊急	回									
	住宅患者訪問診察	回									
投薬	その他	回									
	薬剤	回									
	内服	薬剤調剤	×	単位							
	屯服	薬剤調剤	×	単位							
	外用	薬剤調剤	×	単位							
注射	処方	×	回								
	麻毒	回									
	調基	回									
処置	皮下筋肉内	回									
	静脈内	回									
	その他	回									
手術・麻酔	薬剤	回									
	薬剤	回									
検査	薬剤	回									
	薬剤	回									
画像診断	薬剤	回									
	薬剤	回									
入院	その他										
	入院年月日	令和	年	月	日						
	病・診・衣	入院基本料・加算	×	日間							
			×	日間							
			×	日間							
			×	日間							
特定入院料・その他		×	日間	食事	基準	円	×	日間			
						円	×	日間			
						円	×	日間			
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		点 ×		円					
診療報酬点数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				
<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、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。)</p> <p>令和 年 月 日 診療機関の { 名称 所在地 医師の氏名</p>											



*12 訪問看護事業者の証明		(職員氏名)					
傷病名		(訪問看護期間) 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで					
傷病の経過		訪問看護の回数 回					
基本療養費 (I) (II)	保健師、助産師、看護師 円 × 回 円	指示期間	指示期間 年 月 日から 年 月 日まで				
	准看護師 円 × 回 円		(特別指示期間) 年 月 日から 年 月 日まで				
	専門の研修を受けた看護師 円 × 回 円	主治医への直近報告年月日 年 月 日					
	理学療法士、作業療法士等 円 × 回 円	訪問日					
	加算 円 × 回 円 (時間)	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					
管理療養費	管理療養費 円 + 円 × 日 円	22 23 24 25 26 27 28					
	管理療養費の加算 円 円	29 30 31					
情報提供療養費	円	提供した情報の概要					
ターミナルケア療養費	円 死亡年月日 令和 年 月 日	情報提供先の名称					
合計	円	専門の研修	基本療養費 (I) (II)	1 緩和ケア 2 褥瘡ケア 3 人工肛門・人工膀胱ケア			
(備考)			専門管理加算	1 緩和ケア 2 褥瘡ケア 3 人工肛門・人工膀胱ケア 4 特定行為 ( )			
			手順書交付年月日	令和 年 月 日			
			直近見直し年月日	令和 年 月 日			
訪問看護を指示した医療機関の名称及び主治医の氏名  医療機関の名称 主治医の氏名							
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、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する場合は不要です。)  令和 年 月 日 訪問看護事業者の { 名称 所在地 代表者氏名							

# 個室・上級室使用証明書

認定番号

所 属					氏 名		
傷 病 名					災害発生日	令和	年 月 日
入 院 期 間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで				日間		
特別室を必要と認めた 具体的理由 (該当するものに○を付けて、下の括弧にその内容を分かりやすく記載してください。)	ア 病状重篤で絶対安静を必要とし、又は手術のため常時監視を要する場合など、療養上他の患者から隔離しなければ適切な診療が行えない場合 イ 傷病の状態から、隔離しなければ他の患者の診療を著しく妨げる場合 ウ 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場合  <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 100%; height: 100%; margin: 10px 0;"></div>						
貴院の等級 別病室明細	呼称(収容定員) (例:個室、上級室)	( 人)	( 人)	( 人)	普通室(人部屋) ( 人部屋)		
	室 数	室	室	室	室		
	1日あたりの室料差額	円	円	円	一 円		
被災職員 使用状況	上記病室を必要とした 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日 ( 日間)	年 月 日 ~ 年 月 日 ( 日間)	年 月 日 ~ 年 月 日 ( 日間)	年 月 日 ~ 年 月 日 ( 日間)		
	各 室 の 差 額 合 計	円	円	円	円 [合計 円]		
備 考							
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">                     医療機関の { 所在地                      名 称                      医師氏名                 </div>							

(注意) 療養補償は医学療養上必要な最小限度のものについてのみ行われるものですので、個室・上級室を被災職員の希望により使用した場合には、その使用料(室料差額)については、被災職員個人が負担することとなります。

# 看 護 証 明 書

被災職員 氏 名		認 定 番 号	
1	傷 病 名		
2	看 護 を 必 要 と す る 理 由	<p>(該当するところに○を付けて下さい。)</p> <p>ア 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。</p> <p>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、看護師等が常時監視を要し、随時適切な処置を講ずる必要がある。</p> <p>ウ その他体位変換または床上起座が常時不可または不能であるもの、食事およ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である。</p> <p>エ その他 ( )</p>	
3 看 護 者	資 格 等		
	住 所		
	氏 名		
	続 柄		
4	看 護 を 必 要 と す る 期 間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間
5	基 準 看 護 の 有 無	有	無
6	備 考		
<p>上記のとおりであることを証明します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関 所在地_____</p> <p style="text-align: center;">名 称_____</p> <p style="text-align: center;">医師氏名_____</p> <p style="text-align: center;">地方公務員災害補償基金宮城県支部長 殿</p>			

(注) 基準看護が実施されている病院で更に付添看護を必要とする場合は、その理由を詳細に備考欄に記載してください。

# 移送費等明細書

被災職員氏名																	認定番号			
傷病名																				
医療機関 の 証 明	通 院 日	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		
	月	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		
	月	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		
	〔タクシー使用の必要性〕																			
	必要とした期間			令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで																
	上記のとおりであることを証明します。																			
	令和 年 月 日																			
	医療機関 所在地 _____																			
	名 称 _____																			
医師氏名 _____																				
地方公務員災害補償基金宮城県支部長 殿																				
移送費 の 明 細	移送の 経路	経路	交通機関		距離		料金													
	移送費 の算定																			

〔注意事項〕

- 1 通院日の欄は通院日に○印をしてください。
- 2 移送費の算定の欄には、請求額の内訳を記入してください。
- 3 自家用車を使用した場合には、自宅及び勤務地・医療機関の位置関係と距離がわかるように地図を添付してください。
- 4 自家用車を使用した場合の移送費の算定方法は、1回の通院に係る全路程を通算した距離（1km 未満の端数がある場合にはこれを切り捨てる。）に 30 円/km を乗じた額になります。
- 5 診断書を受け取るためだけの通院等診察を受けていない日に係る通院費用は、移送費の対象とはなりません。

# 傷病治ゆ報告書

認定番号

令和 年 月 日

地方公務員災害補償基金宮城県支部長 殿

(被災時)

被災職員 所属団体\_\_\_\_\_

所属部局等\_\_\_\_\_

職・氏名\_\_\_\_\_

公務上

令和 年 月 日付で と認定された災害に

通勤災害該当

については、療養の結果治ゆしたので、下記のとおり報告します。

## 記

災害発生日 令和 年 月 日 ( )

認定傷病名

治ゆ年月日等 令和 年 月 日 完治 症状固定

残存障害の程度及び症状 有 [ ] 無

その他参考事項 共済組合員・健康保険組合員記号番号 第 号  
(医療機関名) 最終受診日 令和 年 月 日 ( )

所  
属  
治  
ゆ  
長  
確  
時  
認

上記のとおり確認しました。

令和 年 月 日

職名\_\_\_\_\_

氏名\_\_\_\_\_

### (記入状の注意)

- 1 該当する□にレ印を付してください。
- 2 「治ゆ」とは、完全治ゆ(完治)のみでなく、症状が固定しもはや医療効果が期待できなくなったときをいいます。例えば負傷の場合には創面がゆ着し、もはや治療効果を期待できなくなったとき、疾病の場合には急性症状が消退し、単に慢性症状は残存していても、もはや医療の効果を期待しえない状態となったときをいいます。
- 3 「その他参考事項」欄において、複数の受診病院等がある場合は最後に通院したところを記入してください。

この報告書は、治ゆ後速やかに所属長及び任命権者を經由して提出してください。

# 療養の現状等に関する報告書

認定番号

地方公務員災害補償基金

宮城県 支部長 殿

下記のとおり療養の現状等について報告します。

令和 年 月 日

報告者の住所

フリガナ  
氏 名

所属団体名  
所属部局名

1 負傷又は発病の年月日	令和 年 月 日
2 療養開始の年月日	令和 年 月 日
3 傷 病 名	
4 療養の経過	
5 日常生活の概要	

[注意事項 (1号紙)]

- 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

(1) 傷病の種類 (傷病名・傷病の部位等)

(2) 傷病の経過及び治療方法の概要

(3) 傷病の現状

(4) 傷病の今後の見込み

(報告者の氏名)

.....  
については上記のとおりであると認めます。

令和 年 月 日

医療機関の { 名称  
所在地  
医師の氏名

# 参 考

## 補償の内容

基金が実施する給付は、使用者としての法的義務として行われる補償とそれによっては充足しきれない領域を使用者の立場でいわば補償の付加的給付として行う福祉事業とがあります。

### (1) 補償の種類

基金が実施する主な補償の概略は次表のとおりです。

補償の種類	補償事由	補償内容	根拠規定
療養補償	公務又は通勤により負傷し、又は疾病にかかった場合	必要な療養を行い、必要な療養の費用を支給する。	法第26条 法第27条
休業補償	公務又は通勤により負傷し、又は疾病にかかり療養のため勤務できない場合で、給与を受けないとき	勤務することができない期間で、1日につき平均給与額の60%に相当する金額を支給する。	法第28条 法第28条の2第3項 規則第26条の2～3
傷病補償年金	療養開始後1年6カ月経過しても治らず、障害の程度が規則別表第2に定める傷病等級に該当する場合	第1級から第3級までの障害の状態に応じ、年金を支給する。	法第28条の2
障害補償	公務又は通勤により負傷し、又は疾病にかかり治ったとき規則別表第3に定める程度の障害が残った場合	障害の程度により、第1級から第7級までは年金を、第8級から第14級までは一時金を支給する。	法第29条
介護補償	傷病補償年金又は障害補償年金の受給権者で、規則別表第4で定める程度の障害を有し、常時又は随時介護を受けている者	総務大臣が定める金額を、介護を受けている期間（病院等に入院している間又は身体障害者療養施設等に入所している間を除く。）支給する。	法第30条の2
遺族補償	公務又は通勤により死亡した場合	<p>&lt;遺族補償年金&gt; 配偶者、子、父母等（支給要件あり）で、職員の収入によって生計を維持していた者に年金を支給する。</p> <p>&lt;遺族補償一時金&gt; ① 遺族補償年金の要件に該当しない配偶者等に対し支給する。 ② 遺族補償年金の受給権者の受給権が消滅し、年金を受けることができない者がいないときは、一時金を①の者に支給する。</p>	法第31条～第39条 附則第7条の2 令附則第2条
葬祭補償	公務又は通勤により死亡した場合	遺族等であって社会通念上葬祭を行うと認められる者（現実に葬祭を行った者があるときは、その者）に対し支給する。	法第42条 令第2条の2 附則第1条の2

## (2) 福祉事業の種類

被災職員又はその遺族に対する主な福祉事業は次表のとおりです。

福祉事業の種類	福祉事業の内容	根拠規定
外科後処置	規則別表第3に定める程度の障害が存する者のうち、必要と認められる者等に対して、診察、薬剤又は治療材料の支給等の外科後処置を行う。	業務規程第27条
補装具の支給	規則別表第3に定める程度の障害が存する者に対し、義肢、義眼、補聴器、車いす等の補装具の支給を行う。	業務規程第27条の2
リハビリテーション	規則別表第3に定める程度の障害が存する者のうち、社会復帰のために身体的機能の回復等の処置が必要と認められる者に対して機能訓練等のリハビリテーションを行う。	業務規程第27条の3
アフターケア	傷病が治癒した者のうち、一定の障害を有する者に対し、円滑な社会生活を営ませるために一定範囲の処置等を行う。	業務規程第27条の5
休業援護金	療養のために休業した場合に、共済給付である傷病手当金との均衡上、給与減等を補うことを目的として支給する。	業務規程第28条
在宅介護を行う介護人の派遣に関する事業	傷病補償年金受給権者又は障害等級第3級以上の障害補償年金の受給権者のうち、居宅において介護を要する者に対し、指定する事業者において介護人を派遣し、又は介護等の供与に必要な費用を支給する。	業務規程第28条の3
奨学援護金	遺族補償年金の受給権者等であって学校等に在学する者等の学資の支弁を援護する目的で奨学援護金を支給する。	業務規程第29条
就労保育援護金	就業している遺族補償年金受給権者等で、未就学である者の保育に係る費用を援護する目的で就学保育援護金を支給する。	業務規程第29条の2
傷病特別支給金	傷病補償年金の受給権者に対し、見舞金の趣旨で傷病等級の区分に応じて傷病特別支給金を支給する。	業務規程第29条の5
障害特別支給金	障害補償の受給権者に対し、見舞金の趣旨で障害等級の区分に応じて障害特別支給金を支給する。	業務規程第29条の6
遺族特別支給金	遺族補償の受給権者に対し、弔意・見舞金の趣旨で受給権者の区分に応じて遺族特別支給金を支給する。	業務規程第29条の7
障害特別援護金	障害補償の受給権者に対し、生活を援護する趣旨で障害等級の区分に応じて障害特別援護金を支給する。	業務規程第29条の8
長期家族介護者援護金	傷病補償年金又は障害補償年金の受給権者（せき髄その他神経系統の機能若しくは精神又は胸腹部臓器の著しい障害により、常に介護を要する者に限る。）が当該年金を支給すべき事由が生じた日の翌日から起算して10年を経過した日以後に死亡した場合（その死亡が公務上の災害又は通勤による災害と認められる場合を除く。）に一定の要件を満たす遺族に対し、一時金として100万円を支給する。	業務規程第29条の19

### (3) 受けられる補償・福祉事業の種類と主な給付額の例

設定条件

- ① 被災職員の被災時の平均給与額 13,000円  
 [前3か月の給与(給料+諸手当)の総額÷前3か月の総日数=398,666円×3月÷92日]
- ② 家族構成 [妻 長女(中学生) 長男(小学生)]



[令和7年4月1日時点]

# 宮城県内の指定医療機関一覧（令和8年4月1日現在）

## 独立行政法人国立病院機構

名称	所在地	電話番号	診療科目
独立行政法人国立病院機構仙台医療センター	〒983-8520 宮城県仙台市宮城野区宮城野2-11-12	022-293-1111	内、精神内、呼、消、循、小、外、整形、脳神経外、呼外、心管外、小外、皮、泌、産科婦、眼、耳、咽、気食、リハ、放、麻、歯、歯口外
独立行政法人国立病院機構宮城病院	〒989-2202 宮城県亶理郡山元町高瀬字合戦原100	0223-37-1131	内、神内、呼、消、循、ア、小、外、整、脳神経外、リハ、放、麻、歯
独立行政法人国立病院機構西多賀病院	〒982-8555 宮城県仙台市太白区釣取本町2-11-11	022-245-2111	内、神内、呼、循、リウ、小、外、整、泌、リハ、放、麻、歯

## 厚生労働省

名称	所在地	電話番号	診療科目
国立療養所新生園	〒989-4601 宮城県登米市迫町新田字上葉ノ木沢1	0228-38-2121	内、外、皮、眼、耳咽、歯

## 独立行政法人労働者健康福祉機構

名称	所在地	電話番号	診療科目
独立行政法人労働者健康福祉機構東北労災病院	〒981-0911 宮城県仙台市青葉区台原4-3-21	022-275-1111	内、心療、神、呼、消、循、リウ、小、外、整、皮、泌、産婦、眼、耳咽、リハ、放、麻、歯

## 国家公務員共済組合連合会

名称	所在地	電話番号	診療科目
東北公済病院	〒980-0803 宮城県仙台市青葉区国分町2-3-11	022-227-2211	内、循、小、外、整、形、心管外、小外、皮、泌、産婦、眼、耳咽、放、麻、歯、歯口外

## 社会福祉法人恩賜財団済生会

名称	所在地	電話番号	診療科目
宮城県済生会こどもクリニック	〒981-3341 宮城県富谷市成田8-4-6	022-351-5141	小

## 日本赤十字社

名称	所在地	電話番号	診療科目
仙台赤十字病院	〒982-8501 宮城県仙台市太白区八木山本町2-43-3	022-243-1111	内、精神内、呼、消、循、小、外、整形、呼外、小外、皮、泌、産科婦、眼、耳咽、リハ、放、麻、歯口外
石巻赤十字病院	〒986-8522 宮城県石巻市蛇田字西道下71	0225-21-7220	内、精神内、呼、消、循、小、外、整形、脳神経外、呼外、心管外、小外、皮、泌、産婦、眼、耳咽、リハ、放、麻

## 独立行政法人 地域医療機能推進機構（JCHO）

名称	所在地	電話番号	診療科目
独立行政法人 地域医療機能推進機構（JCHO）仙台病院	〒981-8501 宮城県仙台市青葉区堤町3-16-1	022-275-3111	総合、腎内、高糖内、呼、消、循、小、外、整外、腰、皮、泌、婦、眼、耳咽、放、麻、歯口外
独立行政法人 地域医療機能推進機構（JCHO）仙台南病院	〒981-1103 宮城県仙台市太白区中田町字前沖143	022-306-1711	内、消、糖内、循、外、整外、泌、麻、リハ、放

**災害防止はちょっとした注意から**