

療養補償請求事務手続きについて

基金が行う補償のうち、最も件数が多く一般的なものが療養補償です。療養補償は、職員が公務災害又は通勤災害に認定された傷病について、治癒する（又は症状固定）まで必要な療養の給付又は必要な療養の費用を支給します。療養補償については、基本的には認定後に基金支部から直接医療機関に支払うこととなります。仮に、被災職員が認定請求中の治療について、医療機関に支払の留保を依頼することなく支払ってしまった場合には被災職員が負担した額を限度として、基金支部が直接被災職員に支払います。被災職員が共済組合証を利用して医療機関を受診した場合（窓口で3割負担した場合）は、つぎのいずれかの対応となります。

- ① 医療機関が被災職員に3割分及び共済組合に7割分を返金したのち、基金へ10割分請求する。
- ② 被災職員が自己負担3割分を基金に請求し、共済組合が7割負担分を基金に請求する。

1. 療養補償請求書提出の流れ

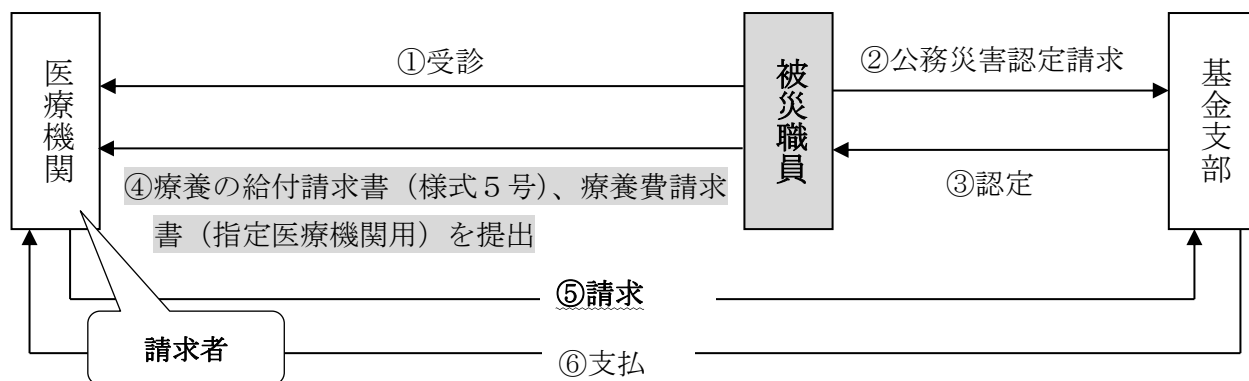
公務（通勤）災害の認定通知を受け取ったら、速やかに受診している医療機関に認定になった旨を伝えることが療養補償請求の第一歩となります。

療養補償請求は、被災職員が指定医療機関を受診している場合と、指定医療機関以外を受診している場合では、次のフロー図のとおり請求者が異なります。

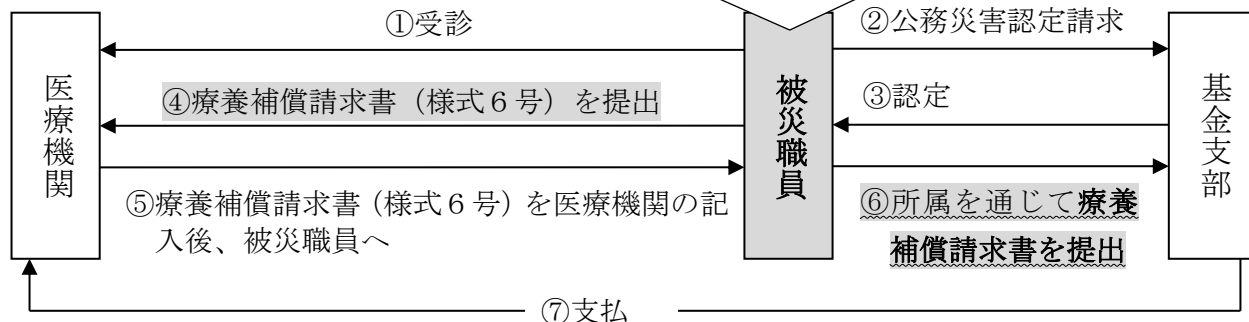
受診先が指定医療機関か否かにかかわらず、被災職員自身が医療機関に対し「療養費請求書」等の書面を提出する必要があります。

○請求書提出のフロー図

<指定医療機関の場合>



<指定医療機関以外の場合>



2. 療養補償請求に係る注意事項

- ① 療養補償請求書は、1月分を単位として作成してください。
※1月に入院と外来がある場合は請求書を分けて作成してください。
- ② 認定後の療養補償請求は、速やかに行うようにしてください。
※療養補償請求は、治ゆの認定や、第三者加害事案における求償可能額に大きく影響を与える場合があります。医療機関がなかなか作成に応じてくれないような場合には、所属の方から速やかな作成を依頼するようにしてください。

3. 療養補償請求関係書類の作成上の注意事項

別添「【記載例】療養補償請求書」をご確認ください。

4. 療養補償請求添付書類の注意事項

指定医療機関かそうでないかに関わらず、次の項目に注意してください。

①時間外受診の申立書

通常の診療時間外に受診した場合には、医療機関からの療養補償請求額が高くなりますので、なるべく通常の診療時間内での受診をお願いします。やむを得ず、通常の診療時間外に受診した場合、被災職員本人の申立書により、通常の診療時間外に受診することとなった理由、今後の見通し等について説明をお願いします。

②上級室・個室等証明書

上級室・個室等の利用については、療養上やむを得ない事情があり、その事情の存する期間についてのみ、社会通念上に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療養補償の対象となるものですので、これらを利用した場合には、受診した医療機関の医師にその必要性等について証明してもらう必要があります。

③転医届

医学上必要がある場合、勤務場所が変更となった場合の転医等については、療養補償の対象となりますが、医学上の理由もなく遠隔地の医療機関を受診した場合や、被災職員の恣意的理由による転医は療養補償の対象とはなりません（恣意的な理由でも、近隣の医療機関を受診するための転医等は、必要な療養であれば対象となります）。療養補償の対象の可否を確認するため、転医した場合には、医師の証明を添えて転医届を提出してください。（勤務場所が変更になったことによる転医及び恣意的な転医は、医師の証明は必要ありません）

※認定請求書に記載のある医療機関については、転医届は不要です。

④はり、きゅう、マッサージに係る施術に関する同意書

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支給対象となります。自己判断や、医師の同意がないものは補償対象となりません。医師が必要と認めて施術を受けた場合には、その旨の同意書を提出してください。なお、医師の同意があっても、その療養期間は必要最小限となりますので、既に治ゆ又は症状固定と認められる場合には、職権で治ゆ認定を行う場合があります。

⑤柔道整復師による施術について

柔道整復師による施術は、脱臼又は骨折の患部に対する応急手当と、打撲又は捻挫の患部に対す

る施術が認められています。脱臼又は骨折の治療は、応急手当の場合以外では医師の同意が必要とされているため、施術録に医師の同意を得た旨の記載が必要です。

⑥重複診療について

一つの医療機関に通院して療養を行いながら、医学的な必要性がないのに別の医療機関にも通院した場合や、本人の判断で別の医療機関で慎重を期するための検査を行った場合は、原則として補償対象外となります。

医師の指導により同じ月に複数の医療機関を受診した場合は、関係医療機関の療養補償請求書の全てを月毎にまとめて提出してください。（受診した状況・理由・診療内容等を確認したうえで、必要性が認められた場合は療養補償の対象となります。）

事情により月毎にまとめて提出できない場合は、その理由や、同じ月に複数の医療機関を受診した事情等について申立書を作成し、各任命権者の担当者を通じて基金支部へ提出してください。

5. 現状報告について

被災職員は、公務（通勤）災害の認定を受け、その療養開始後1年6ヶ月を経過しても治ゆに至っていない場合には、1ヶ月以内に療養の現状等に関する報告書を医師の証明を添えて提出する必要があります。

なお、基金支部が必要と認めた場合にも、提出を依頼することがあります。

6. 治ゆ報告について

傷病が治ったとき（症状が消退し、療養が終了したとき＝全治）、症状固定となったとき（治療を続けても、もはや医療効果が期待できないとき）は、治ゆとして扱うこととなります。治ゆとなった場合、被災職員は、速やかに治ゆ報告書を提出する必要があります。

また、同一の事故により2以上の負傷又は疾病がある場合においては、「その全てについて」、治った又は症状が固定されたときに治ゆとなります。

治ゆ報告書を提出する際には、未請求となっている療養補償の有無を確認してください。

なお、治ゆ日より後に受診した診療費等については療養補償の対象外となります。

7. 療養補償にかかる注意事項

認定通知書に記載の傷病名以外の傷病は、原則として補償（支払）の対象になりません。また、私傷病分は、公務災害とは別に取扱う必要がありますので、その旨医療機関に伝えてください。