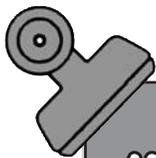


療養補償請求の ……手引き……



地方公務員災害補償基金
島根県支部



公務災害 (通勤災害) の認定を受け られた皆さんへ

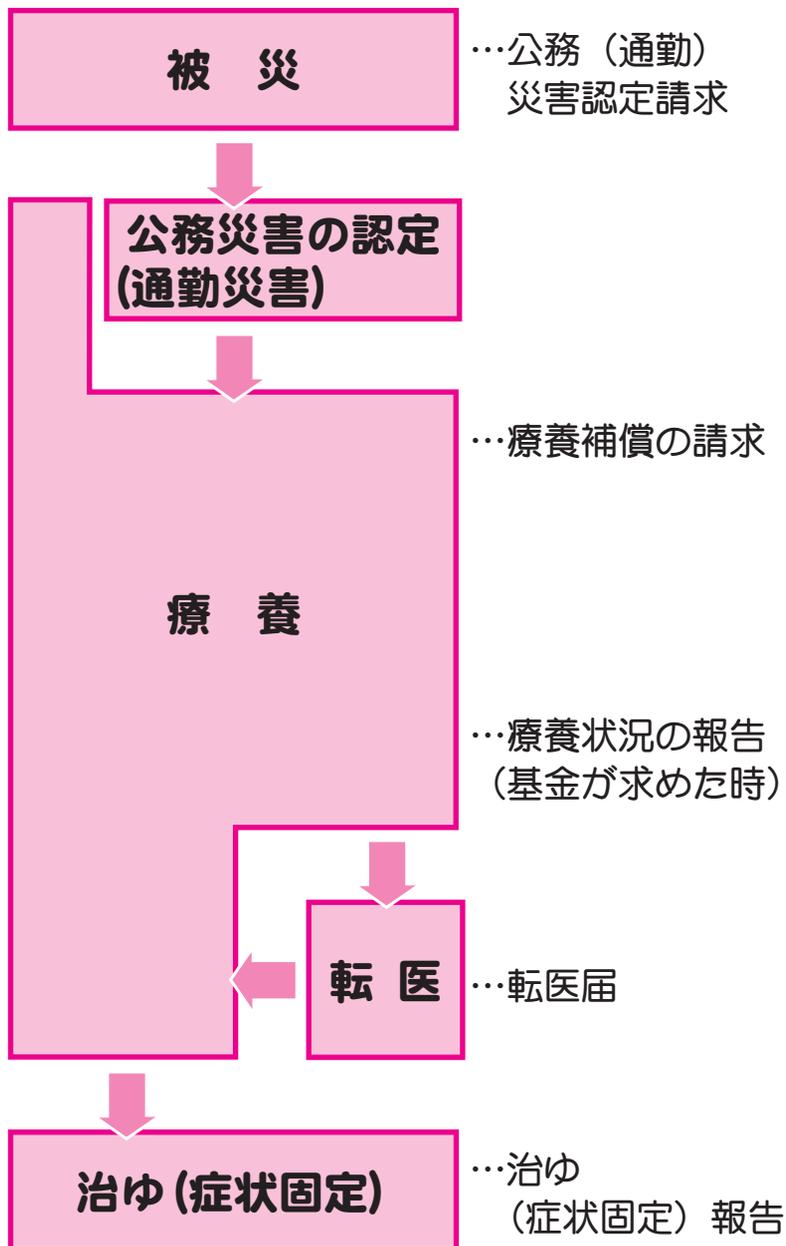
あなたは、地方公務員災害補償法に基づき、地方公務員災害補償基金から各種の補償を受けることができます。

しかし、これらの各種の補償は、公務（通勤）災害に認定されただけで受けられるものではなく、具体的に治療費等の請求手続を行ってはじめて支給されるものです。

この手引きは、各種の補償のなかで一番関係が深い治療費等についての補償（これを『療養補償』といいます。）の請求手続等を説明してありますので、この手引きを参考に請求手続を行ってください。



被災から治ゆまでの 流れと必要な手続





治療費を (療養補償) 請求しましょう

次の手続は必ず必要なものです。
治療費を自己負担した人はもちろん、支払っていない人も必ず請求書を提出してください。

治療費の請求のしかたと必要な手続き

1

(P 3~4)

※指定医療機関で受診した人

※P 3一覧表のとおり

療養の給付
請求書
(様式第5号)

医療機関へ
提出

2

(P 5~8)

3

その他の医療機関で受診した人

(薬局利用を含む)

療養補償
請求書
(様式第6号)

※医療機関等へ受領委任

医療機関等で
請求書を記入して
もらって
基金へ提出

4

(P 9~12)

5

療養中に治療費等
を自己負担した人

治療費/全部・一部
(保険証使用)

療養補償
請求書
(様式第6号)

+ 領収書

+

6

(P 13~14)

療養中に特別な費用を
自己負担した人

特別な費用/診断書
コルセット
通院費など

療養補償
請求書
(様式第6号)

+ 領収書

+ その他の
必要書類

7

(P 15~16)

転医した (病院をかわった) 場合

転医届

基金へ提出

8

(P 17~18)

治ゆ (症状固定) した場合

治ゆ
報告書

島根県内にある基金の指定医療機関は 次表のとおりです。

設立主体	病院名	所在地	電話番号
独立行政法人 国立病院機構	独立行政法人 国立病院機構 松江医療センター	〒690-8556 松江市上乃木5-8-31	0852-21-6131
〃	独立行政法人 国立病院機構 浜田医療センター	〒697-8511 浜田市浅井町777-12	0855-25-0505
県	島根県立中央病院	〒693-8555 出雲市姫原4-1-1	0853-22-5111
〃	島根県立こころの 医療センター	〒693-0032 出雲市下古志町1574-4	0853-30-0556
市	松江市立病院	〒690-8509 松江市乃白町32-1	0852-60-8000
〃	出雲市立総合 医療センター	〒691-0003 出雲市灘分町613	0853-63-5111
〃	大田市立病院	〒694-0063 大田市大田町吉永1428-3	0854-82-0330
〃	安来市立病院	〒692-0404 安来市広瀬町広瀬1931	0854-32-2121
〃	雲南市立病院	〒699-1221 雲南市大東町飯田96-1	0854-47-7500
町	町立奥出雲病院	〒699-1511 仁多郡奥出雲町三成1622-1	0854-54-1122
〃	飯南町立 飯南病院	〒690-3207 飯石郡飯南町頓原2060	0854-72-0221
邑智郡 公立病院組合	公立邑智病院	〒696-0193 邑智郡邑南町中野3848-2	0855-95-2111
広域連合	隠岐広域連合立 隠岐病院	〒685-0016 隠岐郡隠岐の島町城北町355	08512-2-1356
日赤	松江赤十字病院	〒690-8506 松江市母衣町200	0852-24-2111
〃	益田赤十字病院	〒698-8501 益田市乙吉町イ103-1	0856-22-1480
独立行政法人 地域医療機能 推進機構	独立行政法人 地域医療機能推進機構 玉造病院	〒699-0293 松江市玉湯町湯町1-2	0852-62-1560
社会福祉法人	島根県済生会 江津総合病院	〒695-8505 江津市江津町1016-37	0855-54-0101
〃	東部島根医療 福祉センター	〒690-0864 松江市東生馬町15-1	0852-36-8011

1. 指定医療機関で受診した場合

(提出書類)療養の給付請求書 (提出先)指定医療機関

- ※認定後は、速やかに指定医療機関へ提出してください。
(一度提出すれば、次回以降は提出する必要はありません。)
- ※治療費は、契約に基づき指定医療機関に支払われます。

記載例

様式第5号

療養の給付請求書

		認定番号	〇〇-〇〇〇〇〇〇
請求年月日		〇〇年 〇月 〇〇日	
請求者の住所		〇〇市〇〇町〇〇番地 〇〇マンション〇〇号	
ふりがな 氏名		しまね たろう 島根 太郎	
1 被災職員に関する事項	所属団体名	島根県教育委員会	
	所属部局名	〇〇市立〇〇中学校	
	氏名	島根太郎	
	職名	教諭 <input checked="" type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 常勤的非常勤	
	負傷又は発病の年月日	〇〇年 〇月 〇〇日	
2 療養を受けようとする指定医療機関等	(新)	所在地	〇〇市〇〇町〇丁目〇番
		名称	〇〇共済病院
	(旧)	所在地	〇〇市〇〇町〇〇番地
		名称	〇〇市民病院

指定医療機関に提出する
日を記入してください。

認定通知書に記載された
番号を記入してください。

転医した場合にのみ
記入してください

* 受理	年 月 日	* 通知	年 月 日
* <input type="checkbox"/> 支給 決定 <input type="checkbox"/> 不支給	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✓印を記入すること。
- 2 「2 療養を受けようとする指定医療機関等」の欄には、請求者が療養を受けようとする指定医療機関等の所在地及び名称を記入し、現在療養を受けている指定医療機関等を変更しようとする場合には、新旧の指定医療機関等の所在地及び名称を記入すること。
- 3 「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。

2. その他の医療機関で受診した場合／医療機関に受領委任

(提出書類)療養補償請求書 (提出先)基金(所属・任命権者経由)

- ※医療機関に記載を依頼後は、速やかに受け取りに行き所属を通じて基金に提出してください。
- ※療養補償請求書は、原則、毎月作成し提出してください。
- ※治療費は、受領委任により直接医療機関に支払われます。

記載例 (表面)

様式第6号

療養補償請求書

1号紙

認定番号		〇〇-〇〇〇〇〇〇	
請求回数		第 〇 回 (〇〇年 〇月分)	
請求年月日		〇〇年 〇月 〇〇日	
請求者の住所		(〒〇〇〇-〇〇〇〇) 〇〇市 〇〇町〇〇番地〇〇ハイツ〇号	
ふりがな		しまねはなこ	
氏名		島根花子	
1 補償費用委任の	この請求書による療養補償の費用の受領を 山川整形外科医院 に委任します。 委任者の氏名 島根花子		
	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 〇〇市〇〇町〇〇丁目〇番 医療機関等の名称 山川整形外科医院 氏名(代表者名) 山川太郎		
2 被災職員の	所属団体名	島根県教育委員会	所属部局名 (電話番号〇〇〇-〇〇-〇〇〇)
	氏名	島根花子	〇〇市立〇〇小学校
	職名	給食調理員	<input checked="" type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤
	負傷又は発病の年月日	〇〇年 〇月 〇〇日	
3 診療費	内訳は「*10 診療費請求明細」欄記載のとおり	〇〇, 〇〇〇円	
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	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 回	円	
	<input type="checkbox"/> その他の移送費	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)		〇〇, 〇〇〇円	
9 送金希望の場合	振込み	振込先金融機関名 〇〇銀行 〇〇支店 口座番号 〇〇〇〇〇〇〇〇 <input checked="" type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金	預金名義者名 山川整形外科医院
	送金小切手	銀行 支店	(フリガナ) 氏名 山川太郎
	その他		
*受理	年 月 日	*通知	年 月 日
		*支払	年 月 日
		*決定金額	円

認定通知書に記載された番号を記入してください。

所属の担当者に提出する日を記入してください。

医療機関に記載を依頼してください。

あなた(被災職員)が記入してください。

医療機関に記載を依頼してください。

[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✓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 「請求書の氏名」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。

記載例 (裏面)

2号紙

認定した傷病名を記載

*10 診療費請求明細		(職員氏名) 島根花子	
傷病名	ア 右第6肋骨々折 イ 右第5中足骨裂離骨折 ウ	診療開始日	ア ○年7月26日 イ ○年7月26日 ウ 年 月 日
初診	時間外・休日・深夜	診療機関	○年7月26日から ○年7月31日まで
再診	再外 診料 × 回 来 診料 × 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	診療実日数	1日
指 導		傷病の経過	○年7月26日受傷し、同日受診。 投薬、バストバンド固定を行った
在 宅	往 診 回 夜 診 回 深 夜 ・ 緊 急 回 在 宅 患 者 訪 問 診 察 回 の 他 剤 回 そ の 薬 回	転 入 日	○年 7月 31日
投 薬	内 服 { 薬 剤 調 剤 × 単 位 { 薬 剤 調 剤 × 単 位 { 薬 剤 調 剤 × 単 位 外 用 { 薬 剤 調 剤 × 単 位 { 薬 剤 調 剤 × 単 位 処 方 薬 剤 × 回 麻 毒 基 回	治 癒	○ 継 続 転 医 中 止 死 亡
注 射	皮 下 筋 肉 内 回 静 脈 内 回 そ の 他 回	<p>摘要欄には、左記項目の詳細な内訳を記載</p> <p>医療機関に記載を依頼してください。</p>	
処 置	薬 剤 回		
手 麻 術 ・ 酔	薬 剤 回		
検 査	薬 剤 回		
画 診 像 断	薬 剤 回		
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 特定入院料・その他		
食 事	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 ○○○○ × ○		
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 認定用 / 通		
診療費請求合計額	○○,○○○ 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。)		記載不要	
年 月 日		所在地 診療機関の 名称 医師の氏名	

詳細に記載

医療機関に記載を依頼してください。

記載不要

3. 院外処方した場合／薬局に受領委任

(提出書類)療養補償請求書 (提出先)基金(所属・任命権者経由)

- ※薬局に記載を依頼後は、速やかに受け取りに行き所属を通じて基金に提出してください。
- ※療養補償請求書は、原則、月毎に作成し提出してください。
- ※治療費は、受領委任により直接薬局に支払われます。

記載例 (表面)

様式第6号

療養補償請求書

1号紙

認定番号		〇〇-〇〇〇〇〇〇	
請求回数		第 〇 回 (〇〇年 〇月分)	
請求年月日		〇〇年 〇月 〇〇日	
請求者の住所		(〒〇〇〇-〇〇〇〇) 〇〇市 〇〇町 〇〇番地 〇〇ハイツ 〇〇号	
ふりがな		しまね じゅん	
氏名		島根 純	
1 補受償費用委任の	この請求書による療養補償の費用の受領を 〇〇調剤薬局 に委任します。		
	委任者の氏名 島根 純		
2 被関災す職する員事に項	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	〇〇市 〇〇町 〇〇-〇
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		
	〇,〇〇〇円		
5 看護料	内訳は「*12 訪問看護事業者の証明」欄記載のとおり		
	円		
6 移送費	□交通費 〇〇から 〇〇まで キロメートル □片道 □往復 回		
	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)	〇,〇〇〇円		
9 送金希望の場合	振込み	振込先金融機関名	法人機関又は役職の名称(個人名義の場合は記入不要です。)
	送金小切手	〇〇銀行 〇〇支店	有限会社〇〇調剤代表取締役
その他	口座番号	〇〇〇〇〇〇〇〇	(フリガナ) 松江 佳彦
	□普通預金 □当座預金		氏名
	銀行	支店	
*受理	年 月 日	*通知	年 月 日
		*支払	年 月 日
		*決定金額	円

認定通知書に記載された番号を記入してください。

所属の担当者に提出する日を記入してください。

薬局に記載を依頼してください。

あなた(被災職員)が記入してください。

薬局に記載を依頼してください。

[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✓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。
- 「*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。
- 「請求書の氏名」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。

記載例 (裏面)

2号紙

認定した
傷病名を
記載

*10 診療費請求明細		(職員氏名) 島根幸子	
傷病名	ア 右眼打撲及び硝子体混濁 イ 右網膜変性症 ウ	診療開始日	ア ○年○月○日 イ ○年○月○日 ウ 年 月 日
初診	時間外・休日・深夜	診療機関	○年 8月 1日から ○年 8月 31日まで
再診	再診料 × 回数 外来診療料 × 回数 継続管理加算 × 回数 外来管理加算 × 回数 時間外 × 回数 休日 × 回数 深夜 × 回数	診療実日数	1日
指導		傷病の経過	現在のところ、網膜裂孔形成等は認められないが、周辺網膜に硝子体癒着が存在し、月1~2回程度の経過の監視を行っている
在宅	往診 回数 夜間・緊急 回数 深夜・緊急 回数 在宅患者訪問診療 回数 在宅患者の他剤 回数 在宅患者の薬剤 回数	転院	○○年 8月 31日
投薬	内服 { 薬剤調剤 × 単位 薬剤調剤 × 単位 薬剤調剤 × 単位 薬剤調剤 × 単位 外用 { 薬剤調剤 × 単位 薬剤調剤 × 単位 処方 薬剤 × 単位 麻薬 薬剤 × 単位 調剤 薬剤 × 単位	転院理由	治 ゆ <input checked="" type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 転医 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 摘要
注射	皮下 回数 筋肉 回数 内服 回数 静脈 回数 その他 回数	<p>摘要欄には、左記項目の詳細な内訳を記載</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;"> <p>領収書</p> <p>島根幸子様</p> <p>金 〇,〇〇〇 円也</p> <p>但し、治療費として</p> <p>〇〇年〇月〇日</p> <p>山本眼科 山本五郎 (山本)</p> </div>	
処置	薬剤 回数		
手術・酔	薬剤 回数		
検査	薬剤 回数		
画像診断	薬剤 回数		
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		
食事	標準 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 〇〇〇 × 1点単価 〇 円		
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 円		
診療費請求合計額	〇,〇〇〇 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。)			
〇〇年 〇月 〇〇日			
診療機関の { 所在地 ○〇市○町○ 名称 山本眼科 医師の氏名 山本五郎			

詳細に記載

医療機関で記載・証明してもらってください。

領収書を上記のような余白又は、別紙に貼付してください。

5. 薬局で自己負担した場合

(提出書類)療養補償請求書・領収書 (提出先)基金(所属・任命権者経由)

※薬局に記載を依頼後は、速やかに受け取りに行き所属を通じて基金に提出してください。
※自己負担した治療費は、あなた(被災職員)に支払われます。

記載例 (表面)

様式第6号

療 養 補 償 請 求 書

1号紙

認定番号		〇〇-〇〇〇〇〇〇	
請求回数		第 〇 回 (〇〇年 〇月分)	
請求年月日		〇〇年 〇月 〇〇日	
請求者の住所		(〒〇〇〇-〇〇〇〇) 〇〇市	
ふりがな		〇〇町〇〇番地	
氏 名		島根 誠	
1 補受償領費用委任の	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。			
2 被災す職する員事に項	所属団体名	島根県警察本部	
	氏 名	島根 誠	
所属部局名	〇〇警察署 交通第一課		
職 名	巡查部長 <input checked="" type="checkbox"/> 常 勤 <input type="checkbox"/> 常勤の非常勤		
負傷又は発病の年月日	〇〇年 〇月 〇〇日		
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		〇,〇〇〇円
5 看 護 料	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) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	円
6 移 送 費	<input type="checkbox"/> 交通費 〇から 〇まで キロメートル <input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復 回		円
	<input type="checkbox"/> その他の移送費		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)			〇,〇〇〇円
9 送金希望の場合	振 込 手	振込先金融機関名	預金名義者名
		〇〇銀行 〇〇支店	
	送金小切手	銀行 支店	(フリガナ) 氏 名 島根 誠
*受理		*通知	
年 月 日		年 月 日	
*支払		*決定金額	
年 月 日		円	

認定通知書に記載された番号を記入してください。

所属の担当者に提出する日を記入してください。

記載する必要はありません。

該当する項目を記入してください。

あなた(被災職員)の口座を記入してください。

[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✓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 「請求書の氏名」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。

6. 特別な費用を自己負担した場合

(提出書類)療養補償請求書・領収書・その他 (提出先)基金(所属・任命権者経由)

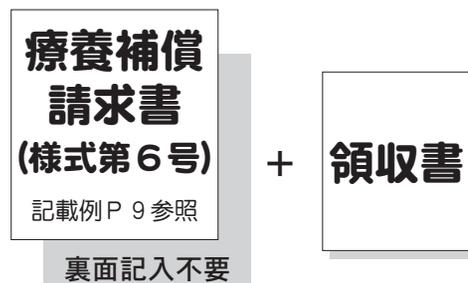
※医療機関に記載を依頼した場合は、速やかに受け取りに行き所属を通じて基金に提出してください。

※自己負担した治療費は、あなた(被災職員)に支払われます。

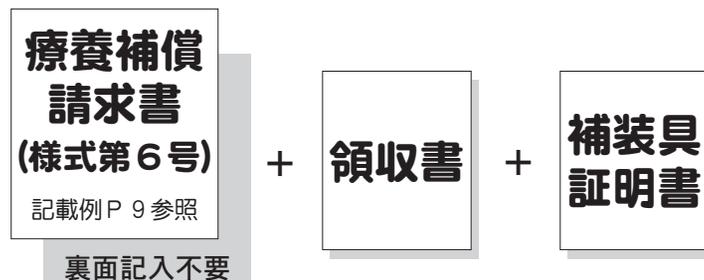
ここでは代表的なもの(診断書料・補装具・通院費)の請求方法を説明します。その他、補償の対象となるもの、その請求に必要な添付書類等については、基金に照会してください。

例1 診断書料

(認定請求用、その他基金の必要に応じて求められたもの)



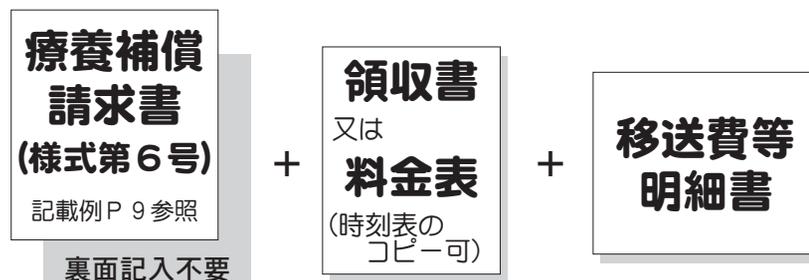
例2 補装具料 (コルセットなど)



例3 通院のための交通費 (移送費)

タクシー等の利用は原則として支給されません。ただし傷病の部位、程度等から、公共交通機関の利用が不可能である時は補償の対象となります。

(医師の証明が必要)



自家用車を使用した場合 / 1 kmあたり37円で計算 (地図添付のこと)

記載例

移送費等明細書

被災職員氏名	島根太郎			認定番号	〇〇-〇〇〇〇〇〇
傷病名	〇〇〇〇〇〇			所属名	〇〇市立〇〇中学校
移送費の明細	移送の経路	経路	交通機関	距離	料金
		自宅 → 〇〇停留所	徒歩	300m	
		〇〇停留所 → ××停留所	バス	4km	片道200円
		××停留所 → 〇〇病院	徒歩	100m	
	→				
通院日	〇〇年 2月 5日 ~ 〇〇年 2月 15日			合計	3日
移送費の算定	200円×2(往復)×3日(通院日数) = 1,200円 (請求金額 1,200円)				
自家用車利用の際の理由	傷病の部位・地理的条件など、やむをえない状況を記入してください。				

[タクシーを利用した場合は下欄に医師の証明を受けてください]

タクシー使用の必要理由			
必要とした期間	年 月 日 ~	年 月 日	合計 日
上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日			
医療機関 所在地 名称 医師名			
地方公務員災害補償基金島根県支部長 様			

療養上タクシーの利用が必要な理由を医療機関で証明してもらってください。

[注意事項]

1. 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。
2. 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。
3. この明細書は「療養補償請求書(様式第6号)」に添えて提出してください。
4. タクシーを利用した場合には領収書を添付してください。

7. 転医した場合

(提出書類)転医届 (提出先)基金(所属・任命権者経由)

※医療機関に記載を依頼した場合は、速やかに受け取りに行き所属を通じて基金に提出してください。

自己都合による重複診療や たび重なる転医は認められません。

診療を受ける医療機関は、被災職員が自由に選択して差支えありませんが、応急手当の場合を除いて、原則として療養に都合のよい自宅又は勤務場所の近くで、かつ、その傷病に対する専門の医療機関が適当と考えられます。

なお、医療機関を理由なくたびたび変更したり、同時に何か所もの医療機関で受診（重複診療）したりすることは、療養上好ましくなく、必要な治療とみなされず、治療費等が自己負担となることがあります。

転医の例

- 発生場所の最寄りの医療機関で応急手当を受けたあと、療養に適した専門医療機関へ転医する場合
- 入院加療を受けていた医療機関から、傷病の経過上、勤務先又は自宅からの通院に便利な医療機関へ転医する場合
- 現在治療を担当している医師が医療技術、施設等の問題から、他の専門医療機関を紹介し、転医させる場合（転医届に医師の証明が必要）



記載例

転 医 届

所 属	〇〇市〇〇部〇〇課	認 定 番 号	〇〇-〇〇〇〇〇〇
氏 名	島 根 一 郎	傷 病 名	頭 部 外 傷
現 在 受 診 して いる 医 療 機 関	所 在 地	〇〇市〇〇町〇番〇号	
	名 称	〇〇クリニック	
	療 養 期 間	〇〇年 〇月 〇日から〇〇年 〇月 〇日まで	〇 日間
転 医 若 しく は 精 密 検 査 を 受 け よ う と する 医 療 機 関	所 在 地	〇〇市〇〇町〇番〇号	
	名 称	〇〇病院	
	転 医 (検 査 受 診) 月 日	〇〇年〇月〇日	
転 医 の 理 由	該当理由の番号を○で囲んでください。 ①: 被災現場の最寄りの医療機関で応急手当を受けた後、治療に適した専門医療機関へ転医するもの。 ②: 入院から通院へ変わり、通院が不便であるため（自宅・通勤先）近くの医療機関へ転医するもの。 ③: 医師の指示により転医するもの。（下欄に医師の証明を受けてください。） ④: その他（ ）		
(医師の証明) 次の理由により _____ へ転医（精密検査）することを認める。 [理由]			
年 月 日 医療機関の { 所在地 名称 担当医師			
上記のとおり転医したいのでお届けいたします。 〇〇年 〇月 〇〇日 被災職員氏名 島 根 一 郎			

医師の指示により転医、若しくは精密検査を受けようとするときの証明を受けてください。

- (注) 1. 医師の証明欄は医師の指示により転医若しくは精密検査を受けようとするときのみ証明を受けること。
 2. 転医先の主治医に認定傷病名を告げること。
 3. 転医先の診断で、傷病名が異なるときには、すみやかに所属担当者に連絡すること。

▶ 被災職員の恣意による転医に係る初診料及び移送費等は補償の対象とはなりません。

8. 傷病が治ゆ（症状固定）した場合

（提出書類）治ゆ報告書 （提出先）基金（所属・任命権者経由）

傷病が治ゆしたことをもって、療養補償は終了します。（傷病名が複数ある場合には、すべての傷病が治ゆした時に提出してください。）

地方公務員災害補償制度では、次の場合を「治ゆ」として取扱っています。

1. 完全治ゆ

完全に治った状態のもの

2. 症状固定治ゆ

症状が固定し、もはや医療効果が期待し得ない状態のもの

- 例1 頸椎捻挫、腰部捻挫等において、しびれ、痛み等の神経症状が残っていても、単なる対症療法（痛み止めの注射等で一時的に痛みをおさえるだけの治療）のみを行なう状態になったとき
- 例2 素因又は基礎疾病や既存疾病（たとえば椎間板ヘルニア、変形性脊椎症、腰椎分離症、すべり症等）のある職員が公務により腰痛を発症又は増悪したとして、公務災害として認定された場合に、急性期の痛みがなくなり、慢性的な痛み等が残っている状態となったとき
- 例3 ウイルス肝炎にかかり、当該肝炎が慢性化した者のうち、療養の結果、肝機能検査値が改善、安定し、座位による通常勤務程度の運動負荷を与えても検査値が動揺しない状態になったとき

* 治ゆ（症状固定）したため療養補償が支給されなくなった場合、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」）が行われるときは、健康保険の療養給付の対象となります。

* 治ゆ日において、障害等級に該当するような後遺障害が残った場合は、障害補償を受けることができますので、所定の様式の診断書を添えて申請してください。

記載例

治 ゆ 報 告 書		認定番号	〇〇-〇〇〇〇〇〇	
〇〇年 〇月〇〇日		地方公務員災害補償基金島根県支部長 殿		
被災職員 住 所		〇〇市〇〇町〇〇番地		
所属団体部局		〇〇市〇〇課〇〇係		
氏 名		島 根 二 郎		
下記の通り治ゆ（症状固定）しましたから報告します。				
災害発生の日時	〇〇年 〇月〇〇日			
認定傷病名	〇〇〇〇〇			
治ゆ年月日 (症状の固定を含む)	〇〇年 〇月〇〇日	<input checked="" type="checkbox"/> 完全治ゆ	※最終受診年月日 または、症状固定 となった日を記入 してください。	
		<input type="checkbox"/> 症状固定		
障害の有無	有 ・ (無)			
障害の程度 (有の者のみ記入)				
医療機関名	〇〇 医院	最終受診 年月日	〇〇年 〇月〇〇日	
その他参考事項				
上記のとおり相違ないことを確認します。		← 提出時の所属で 記入してください。		
〇〇年 〇月〇〇日				
所属部局の長の職氏名		〇〇 課長 〇〇〇〇		

- (注) 1. この報告書は、傷病が治ゆしたときに、所属機関を経由して支部長あて、すみやかに提出すること。
2. 地方公務員災害補償法上「治ゆ」とは、完全治ゆのみではなく、症状が固定し、もはや治療効果を期待できなくなったときをいうものです。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しえない状態となったとき、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. 「障害の有無」欄は、傷病が治ったとき（症状の固定）、地方公務員災害補償法施行規則に定める程度の身体障害の有・無についていずれかを○で囲む。
有については障害補償等の対象になる場合がありますので、所属の担当者にご確認ください。
4. 「障害の程度」欄は、障害○の者で障害状況を簡潔に記入すること。

地方公務員災害補償基金 島根県支部

島根県総務部人事課内

〒690-8501 松江市殿町1番地

TEL 0852-22-5026

FAX 0852-22-5024