

第 6 章

保健給付



6－1 治療等を受けた場合の給付

1 概要

ここでは、医療機関等で治療等を受けた場合に現物給付されるものについて説明します。

医療機関等で診療を受ける際、マイナ保険証等を提示すれば、かかった医療費の一部を負担することにより、治療や薬などの現物給付を受けることができますが、これを**療養の給付**（被扶養者の場合は**家族療養費**）といいます。

入院した場合には、これに加え、**入院時食事療養費**及び**入院時生活療養費**の給付（被扶養者の場合は**家族療養費**）を受けることができます。

また、がんや難病等で在宅療養を行い、主治医の指示により訪問看護サービスを受けた場合は、**訪問看護療養費**（被扶養者の場合は**家族訪問看護療養費**）の給付を受けることができます。

柔道整復師、**はり・きゅう・マッサージ師**の施術は、原則として、全額自己負担をした後、療養費として現金給付を受けるものですが、代理受領する旨の署名を窓口支払時に行うこと、現物給付と同様の形で給付を受けることができます。

2 療養の給付

組合員が、公務外の病気又は負傷について、マイナ保険証等を所定の医療機関等に提示することで、療養の給付を受けることができます。

療養の給付は、現物給付となり、その費用は共済組合が審査機関を通じて医療機関等に支払うこととなります。

食事療養、生活療養、評価療養（先進医療、治験等）あるいは選定療養（差額ベット代等）の給付は、療養の給付には含まれません。

なお、療養の給付が困難な場合や緊急やむをえない場合など、現物給付を受けることができなかつたときに組合員へ現金給付するものは、療養費として区分されます。

（1）療養の給付が受けられるもの

療養の給付は、以下の①～⑤にかかる給付（法56条1項）があり、外来の場合は①～③、在宅治療の場合は①～④、入院の場合は①～③及び⑤となります。

- ① 診察
- ② 薬剤又は治療材料の支給
- ③ 処置、手術その他の治療
- 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
- 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の看護

(2) 療養の給付が受けられないもの

①単なる予防措置、疲労回復措置

国又は地方公共団体等の行う健康診断、インフルエンザ、赤痢等の予防注射、疲労回復のためのビタミン注射、また単に寄生虫卵を保有するだけで寄生虫症がないもの等については療養の給付の対象にはなりません。

ただし、健康診断については、その診断の結果、罹病していれば、療養の給付の対象となります。

②美容、整形のための処置、手術等

降鼻術、二重瞼等の単なる美容・整形のための処置、しらが・多毛無毛等の処置、そばかす、あざ、にきび、ほくろ、いれずみの切除、わきがの手術は、療養の給付の対象外ですが、わきがについては、他人に著しく不快感を与え、労務に支障をきたすものと認められるような場合は、療養の給付の対象になります。

また、眼鏡は、療養の給付の対象となりませんが、近視、遠視、斜視、乱視等の視力検査は療養の給付の対象となります。

③正常分娩、人工妊娠中絕

異常分娩は、療養の給付の対象となります。正常分娩は、病気とみなされないため、療養の給付の対象とはなりません。

また、母体保護法に基づく不妊手術及び人工妊娠中絶は療養の給付の対象とされていますが、中絶の理由が単に経済的理由に基づく場合には、療養の給付の対象とはなりません。

3 入院時食事療養費

入院時に療養の給付と併せて食事療養を受けたときに（特定長期入院の場合を除きます。）、組合員は1食につき510円（市町村民税非課税等の組合員等は230円）の食事療養標準負担額（法57条の3・2項）を医療機関等へ支払う必要がありますが、その残りの費用は入院時食事療養費（法57条の3）として現物給付されます。

食事療養に要した費用=入院時食事療養費+食事療養標準負担額(1食 510円)

↑組合が負担

↑組合員が負担

4 入院時生活療養費

特定長期入院の組合員が医療機関等から療養の給付に併せて生活療養を受けたときは、生活療養の費用の一部が入院時生活療養費として現物支給されます。

生活療養とは、入院している者が、食事の提供である療養と居住（つまり病室）の提供である療養を一体的に受ける、いわば「住まい」として位置づけられるものをいいます。

組合員は、この費用の一部を生活療養標準負担額（原則 1 食 510 円及び居住費 1 日 370 円）として医療機関等へ支払います。

生活療養に要する費用 = 入院時生活療養費 + 生活療養標準負担額 (1食 510円 + 1日 370円)

↑組合が負担

↑組合員が負担

5 保険外併用療養費

保険外併用療養費とは、医療機関等から評価療養又は選定療養を受けたときに、その療養に要した費用について支給されるものです。(法57条の5・1項)

そもそも保険外診療は、保険診療との併用は認められていませんが、一方で、安全性を確保し患者負担の増大を防止するといったことを踏まえつつ、患者の選択肢を広げ、利便性を向上させるという観点から保険診療との併用が認められているのが評価療養及び選定療養です。

また、患者療養申出制度により認められた場合についても同様に支給されます。

(1) 評価療養

「厚生労働大臣が定める高度の医療技術を用いた療養その他の療養であって、保険給付の対象とすべきものであるか否かについて、適正な医療の効率的な提供を図る観点から評価を行うことが必要な療養」として保険診療と保険外診療の併用を認められている療養のことを評価療養といいます。

(評価療養の種類)

- ア 先進医療（高度医療を含む）
- イ 医薬品の治験に係る診療
- ウ 医療機器の治験に係る診療
- エ 薬事法承認後で保険収載前の医療機器の使用
- オ 適用外の医薬品の使用
- カ 適応外の医療機器の使用

(2) 選定療養

医療サービスの中で、患者の選定に委ねられるサービスとして厚生労働大臣が定めたものを選定療養といいます。

(選定療養の種類)

- | | |
|------------------|------------------------|
| ア 特別の療養環境（差額ベット） | カ 大病院の初診（紹介状がある場合は対象外） |
| イ 歯科の金合金等 | キ 小児うつ病の指導管理 |
| ウ 金属床総義歯 | ク 大病院の再診 |
| エ 予約診療 | ケ 180日以上の入院 |
| オ 時間外診療 | コ 制限回数を超える医療行為 |

6 家族療養費

(1) 支給要件

被扶養者が医療機関等から療養等を受けた場合に、療養の給付、入院時食事療養費、入院時生活療養費、保険外併用療養費及び療養費に相当する額を組合員に家族療養費として支給します。(法 59 条)

病気・負傷にかかる保健給付の種類

組合員の場合	被扶養者の場合
療養の給付、入院時食事療養費・生活療養費、 保険外併用療養費、療養費	家族療養費
訪問看護療養費	家族訪問看護療養費
移送費	家族移送費
高額療養費	
高額介護合算療養費	

(2) 支給額・支給方法

支給額・支給方法については、組合員と同様となっています。

7 訪問看護療養費・家族訪問看護療養費

(1) 訪問看護療養費の支給要件

組合員が公務によらない病気又は負傷により、健康保険法第 88 条第 1 項に規定する指定訪問看護事業者から同項に規定する指定訪問看護を受けた場合において、組合が必要と認めたときは、その指定訪問看護に要した費用について訪問看護療養費を支給します。(法 58 条の 2)

なお、「組合が必要と認めたとき」とは、組合員が疾病又は負傷により居宅において継続して療養を受ける状態にある者について、主治の医師がその程度につき厚生労働省令で定める基準(病状が安定し又はこれに準ずる状態にあり、かつ、居宅において看護師等が行う療養上の世話及び必要な診療の補助を要するため(健保法施行規則 67 条))に適合していると認められている場合となります。(健保法施行規則 69 条)

(2) 家族訪問看護療養費の支給要件

被扶養者が指定訪問看護事業者から指定訪問看護を受けた場合において、組合が必要と認めたときに、その指定訪問看護に要した費用について組合員に支給します。(法 59 条の 3)

(3) 支給額・支給方法

支給額及び支給方法は療養の給付の場合と同様です。

なお、指定訪問看護事業者から指定訪問看護を受けようとする場合は、指定訪問看護事業者に対しマイナ保険証等（該当者は併せて高齢受給者証）を提出しなければいけません。（規程108条、110条の2）

8 柔道整復師等の施術を受けた場合

打撲などの保険が適用される傷病で施術を受けた場合は療養費が支給されます。

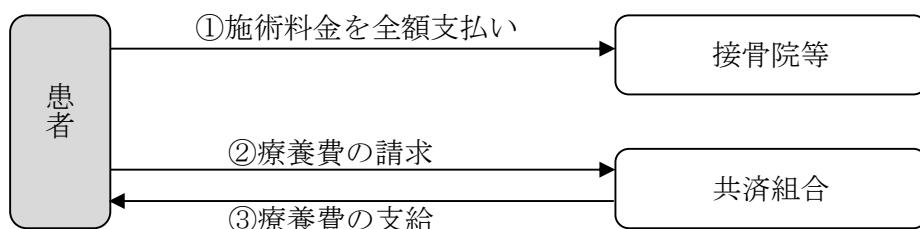
療養費は、本来組合員が窓口で全額を支払った後、共済組合へ療養費の請求を行い、自己負担分を除いた額が支給される「**償還払い**」が原則となります。

しかし多くの柔道整復師等では、組合員は窓口で自己負担分のみを柔道整復師等に支払い、共済組合負担分の請求は、柔道整復師等に委任し、組合員に代わって残りの費用を共済組合に請求する「**受領委任払い**」の形がとられています。

なお、受領委任払いにより柔道整復師等が保険者に請求する際は、療養費支給申請書の委任欄に組合員の署名が必要となります。

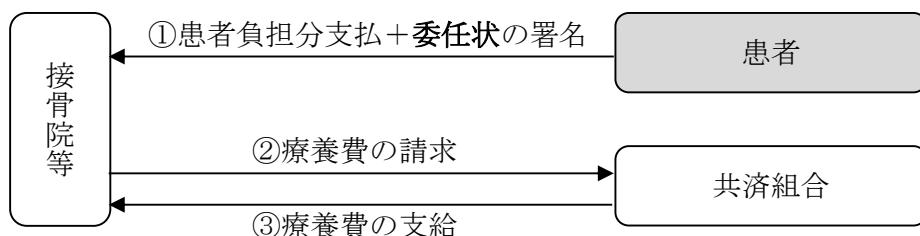
《償還払いのイメージ》

（本来の療養費による支給方法）



《受領委任払いのイメージ》

（患者に代わって接骨院等が共済組合へ療養費を請求する方法）



（1）柔道整復師（接骨院・整骨院）の施術

① 支給対象となる傷病

- 打撲、ねんざ、挫傷(出血を伴う外傷を除きます。)
- 骨折、不全骨折、脱臼（応急手当を除き、医師の同意が必要です。）

② 施術を受ける際の注意点

- ・単なる肩こり、腰痛などに対する施術は療養費の支給対象外であり、全額自己負担となります。
- ・病院（医療機関）で同じ負傷等の治療を受けている場合は、施術を受けても支給対象とはなりません。（依頼又は指導があった場合は可）

（2）はり師・きゅう師の施術

① 支給対象となる疾患

神経痛、リウマチ、頸腕症候群、五十肩、腰痛症、頸椎捻挫後遺症

② 施術を受ける際の注意点

- ・医師の同意書又は療養費払の適否が判断できる医師の診断書が必要となる。
- ・病院（医療機関）で同じ疾患の治療を受けている場合は、施術を受けても支給対象とはなりません。

（3）あん摩・マッサージ・指圧師の施術

支給対象となる適応症

一律にその診断名によることなく筋麻痺、関節拘縮等であって、医療上マッサージを必要とする症例について支給対象とします。

9 柔道整復師（接骨院・整骨院）受診照会調査

（1）趣旨

医療費の適正化への取組として、療養費算定基準に沿った支給申請が行われているか確認するため、多部位、長期又は頻度が高い施術を受けた組合員及び被扶養者を対象として、文書照会や聞き取り等により施術状況を確認する受診照会を実施しています。

（2）調査時期

随時、調査対象者には委託業者より受診照会文書が送付されます。

※受診照会調査は施術月の翌々月以降となります。

6-2 一部負担金

1 負担割合

組合員及び被扶養者は、治療等にかかった総医療費に対し下記の負担割合にかかる金額を医療機関等の窓口において支払い（法57条2項）、残りの現物給付に係る費用は、組合が医療機関等へ支払いを行います。

なお、医療機関等での一部負担金の窓口支払の場合、一部負担金の額に10円未満の端数があるときは、これを四捨五入した金額となります。（法57条7項）

対象者		負担割合
組合員	70歳未満☆	3割
	高齢受給者（70～74歳）標準報酬月額280,000円以上 ★	3割
	高齢受給者（70～74歳）標準報酬月額280,000円未満 ☆	2割
被扶養者	就学前	2割
	小学生～70歳未満	3割
	高齢受給者（70～74歳）（★の被扶養者）	3割
	高齢受給者（70～74歳）（☆の被扶養者）	2割

※就学前とは、満6歳到達年度末日までの者。

※高齢受給者とは、70歳に到達する日の属する月の翌月1日から後期高齢者医療制度被保険者資格取得日（75歳誕生日等）の前日までの者。高齢受給者証の交付対象者。

2 高齢受給者の一定以上所得者の基準

標準報酬月額が280,000円以上の高齢受給者は、一定以上所得者として負担割合は3割になりますが、以下の収入基準額未満の場合には、組合員の基準収入額適用申請書（共済組合ホームページ17様式第21号の2参照）による申請に基づき負担割合が2割に変更となります。

高齢受給者の人数	収入基準額	備考
1人のみのとき	383万円	組合員の収入額
2人以上のとき	520万円	組合員と被扶養者の収入の合計額

（参考）年齢到達の考え方について

民法及び年齢計算に関する法律により、誕生日の前日が年齢到達日となります。

例えば、4月1日誕生日の場合、年齢到達日はその前日の3月31日となります。

6－3 医療費が高額な場合の給付

1 概要

ここでは、組合員又は被扶養者の自己負担額が一定基準額を超えた場合に給付される高額療養費、一部負担金払戻金、家族療養費附加金、家族訪問看護療養費附加金及び高額介護合算療養費について説明します。

暦月単位で自己負担額が自己負担限度額を超えた額については、高額療養費が診療月から概ね3カ月後に現金支給されます。

さらに、なお残る自己負担額が25,000円（上位所得者は50,000円）を超えた場合、組合員については一部負担金払戻金、また被扶養者については家族療養費附加金が高額療養費と同様診療月から概ね3カ月後に現金支給されます。

これらは、医療機関等からの請求（レセプト）に基づき共済組合で現金支給額を算定し、組合員へ自動支給を行っていますので、申請不要となっています。

なお、医療機関等の窓口で一時的に高額を支払うことが負担となる場合は、限度額適用認定証を支払い時に提示することにより高額療養費を現物給付化することができます。

また、長期に高額の医療費を必要とする特定疾病患者については、申請により特定疾病療養受療証の交付を受けることができます。

※上位所得者とは、療養のあった月の標準報酬月額が530,000円以上の組合員及びその被扶養者をいいます。

《例：組合員（70歳未満、区分「ウ」）の1カ月の医療費が100万円の場合》

医療費の7割は療養の給付として現物支給となり、3割分の300,000円を医療機関等の窓口にて支払うことになりますが、診療月の概ね3カ月後に高額療養費212,570円と一部負担金払戻金62,400円が現金支給されます。その結果最終的な自己負担は25,030円となります。

なお、限度額適用認定証を利用した場合、高額療養費の212,570円が現物給付となりますので、医療機関等の窓口における支払額は87,430円（62,400円+25,030円）となり、診療月の概ね3カ月後に一部負担金払戻金62,400円が現金支給されます。

←	7割	→ ← 3割（医療機関等での窓口支払分）	→
療養の給付 700,000円 (現物給付)	高額療養費 212,570円 (現金給付)	一部負担金払戻金 62,400円 (現金給付)	自己負担額 25,030円

2 高額療養費

(1) 支給額算定要素

高額療養費は組合員の負担を緩和するために設置された制度で、組合員又は被扶養者が医療機関等に支払った自己負担額が高額療養費算定基準額(自己負担限度額)を超えたときに、超えた額を高額療養費として支給するものです。(法62条の2)

支給要件、支給額のほか必要な事項は、療養に必要な費用の負担の家計に与える影響及び療養に要した費用の額を考慮し(法62条の2の2)、施行令で定められています。

なお、高額療養費の支給額は、①レセプト単位、②一部負担割合、③所得区分、④年間多数該当及び⑤世帯合算の基準に従い算定されます。ただし、調剤薬局のレセプトと、その処方せんを交付した医療機関のレセプトは1つのレセプトと見なして算定されます。また、70歳以上の高齢受給者は別基準となります。

① レセプト単位

以下のように作成されるレセプト単位で、高額療養費が算定されます。

ア 患者1人ごとに作成

イ 医療機関ごとに作成

ウ 暦月を1単位とし、月の1日から月末までの受診を1カ月として作成

※医療費総額が同じ入院であっても、入院期間等が同月内で完了する場合と月を跨ぐ場合では、高額療養費や附加金の支給額は異なります。

エ 入院と入院外(外来)を別に作成

同一医療機関での受診であっても入院と外来は別に作成

オ 保険者ごとで作成

月途中で共済組合から国民健康保険に移行したようなときは、別に作成

カ 訪問看護ステーションに係る窓口負担額は医療機関とは別に作成

キ 入院時食事療養費・生活療養の標準負担額は高額療養費の算定対象外

ク 保険外併用療養費の先進医療、差額ベッド、180日超の入院基本料の特別料金などの保険給付外の費用分は高額療養費の算定対象外

② 一部負担割合

高額療養費の支給額は、自己負担額が基準額以上となった場合に算定されますが、年齢により自己負担割合は、3割(小学校～69歳)、2割(小学校就学前)、2割(70歳以上)と区分されており、同じ医療費でも支給額は異なります。

また、70歳以上の高齢受給者については、所得区分や自己負担限度額などの基準額や算定方法が別に設定されています。

③ 所得区分

組合員の標準報酬月額に応じ、70歳未満の場合、以下のように所得区分されており、組合員及びその被扶養者の自己負担限度額が設定されています。

所得区分	標準報酬月額	限度額適用認定証の適用区分
上位所得者	83万円 以上	ア
	53万円以上 83万円未満	イ
一般所得者	28万円以上 53万円未満	ウ
	28万円 未満	エ
低所得者 (住民税非課税)		オ

④ 年間多數該当

高額療養費を支給した月が、1年間に4回以上となったときは、多數該当といい、4回目から自己負担限度額が下がります。

⑤ 世帯合算

上記①のとおり、個人単位、月単位、医療機関単位等により別々に作成されるレセプトごとに高額療養費の算定を行いますが、自己負担額が21,000円以上のレセプト（70歳未満の場合）が複数ある場合には、これらを合算して高額療養費の算定を行います。これを世帯合算といいます。

なお、ここでいう世帯は、実際の世帯ではなく、組合員及びその被扶養者を言います。また、合算は、レセプト単位で判定しますので、同一個人であっても、別の医療機関で受診した場合や入院と外来がある場合でも、世帯合算の要件に合致すれば合算対象となります。

（2）70歳未満の高額療養費算定基準

70歳未満の組合員及び被扶養者の自己負担限度額は適用区分ごとに次のとおりです。

70歳未満の者の高額療養費算定基準額（自己負担限度額）

適用区分	自己負担限度額	年間多數該当
ア	252,600円 + (総医療費 - 842,000円) × 1% (円未満四捨五入)	140,100円
イ	167,400円 + (総医療費 - 558,000円) × 1% (円未満四捨五入)	93,000円
ウ	80,100円 + (総医療費 - 267,000円) × 1% (円未満四捨五入)	44,400円
エ	57,600円	44,400円
オ	35,400円	24,600円

(3) 70歳以上(高齢受給者)の高額療養費算定基準

70歳以上(後期高齢者医療制度加入者を除きます。)の高齢受給者の高額療養費の算定基準は、70歳未満の算定基準(上記(2)の内容)と比べて、次の点で異なります。

- ① 世帯合算または1人で複数の医療機関等を受診した場合は、それぞれの医療機関等の自己負担額を合算し、自己負担限度額を超えた額を高額療養費として支給します。
- ② 高齢受給者は限度額適用認定証が必要なく、自己負担限度額を超えた部分は現物給付されます。
- ③ 自己負担限度額の特例として、後期高齢者となる月(75歳の誕生日の属する月)は、移行前後でそれぞれ2分の1とすることになっています。

高齢受給者の高額療養費算定基準額(自己負担限度額)

所得区分	自己負担額の割合	外来 (個人単位)	入院
標準報酬月額 83万円以上	3割	252,600円 + (総医療費 - 842,000円) × 1% <年間多数該当 140,100円>	
標準報酬月額 53万円以上 83万円未満		167,400円 + (総医療費 - 558,000円) × 1% <年間多数該当 93,000円>	
標準報酬月額 28万円以上 53万円未満		80,100円 + (総医療費 - 267,000円) × 1% <年間多数該当 44,400円>	
一般	2割	18,000円 <年間上限額 144,000円>	57,600円 <年間多数該当 44,400円>
低所得者 (住民税非課税)		II(I以外の方) 8,000円	24,600円 15,000円
I(所得が一定基準以下)			

※ 平成29年8月から70歳以上の方に係る自己負担額が見直され、高額一般所得者区分(低所得者区分含む)の外来療養における自己負担額に年間上限額(以下、「外来年間上限額」といいます。)が新設されたため、毎年8月1日～翌年7月31日の外来療養における自己負担額が外来年間上限額を超過した場合、その超過額を高額療養費(外来年間合算)として給付されます。原則申請不要ですが、計算期間中に医療保険者が変更となった場合は、高額療養費(外来年間合算)支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書および共済組合加入前の保険者が発行した自己負担額証明書の提出が必要です。

(4) 世帯合算の高額療養費の算出方法

同一世帯（組合員及びその被扶養者）で、同一月に、2人以上が受診、又は1人が複数の医療機関等を受診したときに、合算対象基準額以上の自己負担をした場合は、合算して自己負担限度額を超えた分を高額療養費（合算）として支給します。

合算する受診者の組み合わせにより、高額療養費の算出方法は以下のとおりとなります。

合算パターン	高額療養費（合算）の算出方法
70歳未満同士の合算	同一世帯で合算対象基準額21,000円以上の自己負担を伴う受診があるときは、それぞれの自己負担額を合算して高額療養費を算出します。
高齢受給者同士の合算	<p>① 高齢受給者の外来の自己負担額を個人ごとに合算して、高齢受給者の外来（個人単位）における高額療養費を算出します。</p> <p>② 高齢受給者の入院の自己負担額と①で得た、なお残る自己負担額を合算して、高齢受給者世帯全体の高額療養費を算出します。</p>
70歳未満と高齢受給者の合算	<p>① 高齢受給者の高額療養費を算出するとともに、なお残る自己負担額を算出します。</p> <p>② 70歳未満の自己負担額と①で得た、なお残る自己負担額を合算した、世帯全体の自己負担額に70歳未満（世帯全体）の自己負担限度額を適用し、高額療養費を算出します。</p>

(5) 特定疾病療養受療証の交付を受けている場合

高額長期疾病に該当し、特定疾病療養受療証の交付を受けている者は、自己負担限度額が1万円又は2万円に軽減されますが、対象者が70歳未満で、軽減前の自己負担額が合算対象基準額である21,000円以上となる場合は、自己負担した1万円又は2万円が世帯合算の対象として算定されます。

3 限度額適用認定証（70歳未満）

(1) 趣旨

高額療養費は、償還払いによる現金給付が原則ですが、共済組合が高額療養費の支給をするまで早くても3カ月程度かかり、一時的にでも高額な医療費を負担することは、家計に大きな負担となることがあります。

限度額適用認定証は、こうした負担を軽減するためのもので、医療機関等の窓口へ当該証を提示することで、高額療養費を現金給付から現物給付に代え、医療機関等の窓口での支払の負担を軽減するというものです。

(2) 交付対象者

自己負担額が高額療養費の算定基準額を超える場合で、高額療養費を現金給付でなく現物給付とすることを希望する組合員は、申請に基づき限度額適用認定証を交付します。

《交付にあたっての留意点》

- ・限度額適用認定証は最終的な自己負担額を減額させるものではないこと
- ・マイナ保険証等は通常診療前の提示となるが、限度額適用認定証は診療等の支払時に提示するものであること
- ・限度額適用認定証の利用は任意であり、本人の希望により交付申請を受けるものであること
- ・医療機関等の窓口で自己負担額の支払いが完了しているときは、利用できません。
- ・附加金は、限度額適用認定証による現物給付の対象外であり、当該証の利用の有無にかかわらず診療月から概ね3カ月後の現金支給となります。
- ・入院時食事療養費及び入院時生活療養費にかかる標準負担額は算定対象外となります。

(3) 交付申請

限度額適用認定証の交付を希望する組合員は、**限度額適用認定申請書**を記入し、所属所を通じて共済組合へ提出してください。

交付申請は、限度額適用認定証が必要となった時点で行い、発効期日は申請月の属する月の1日から次期標準報酬月額定時決定の前月までとなります。

(4) 適用区分の変更

発効期間中に標準報酬月額の改定があり適用区分が変更となる場合は、標準報酬月額が変更となった月から当該証は無効となりますので、共済組合から新たな適用区分の証を送付します。無効となった証は、共済組合あて返納してください。

(5) 有効期間

有効期間は、申請月の1日から標準報酬月額の定時決定前（8月末日）までの限度額適用認定証が交付されます。なお、申請月とは所属所長が認めた日の属する月をいいます。

有効期間を超えた日以降に限度額証が必要となる場合は、再度申請をしてください。

また、昇給などであらかじめ適用区分が変更になることが明らかな場合、あるいは定年退職になる場合等には、当該変更に合わせた有効期間で交付されます。

(6) 限度額適用認定証の返納

使用予定がなくなった時または有効期間が過ぎた証は、共済組合に返納してください。

返納後、再度、限度額証が必要となった場合は、改めて交付申請してください。

4 一部負担金払戻金・家族療養費附加金・家族訪問看護療養費附加金

自己負担額が25,000円（上位所得者は50,000円）を超えた場合、組合員に対して一部負担金払戻金（定款附則）、被扶養者に対して家族療養費附加金（定款36条）又は家族訪問看護療養費附加金（定款36条の2）が現金支給されます。（以下、「附加金」といいます。）

支給額は、レセプト単位で、自己負担額から25,000円（上位所得者は50,000円）を控除して得た額となります。高額療養費がある場合は、自己負担額から高額療養費の支給額を優先して控除し、なお25,000円（上位所得者は50,000円）を超える額を附加金として支給します。

世帯合算の高額療養費が支給される場合は、自己負担額から世帯合算高額療養費の額と50,000円（上位所得者は100,000円）を控除した額を合算高額療養費附加金として支給します。ただし、世帯合算により単独算定で求められる支給額より低くなる場合は、定款に基づき調整した控除額により算定します。

なお、附加金の支給額は、100円未満の端数がある場合には切り捨て（定款36条1、2項）、1,000円に満たないときは支給しません。（定款36条3項）

附加金の算定における基礎控除額※（最終自己負担額）

附加金の名称	一般 (標準報酬月額530,000円未満)	上位所得者 (標準報酬月額530,000円以上)
一部負担金払戻金		
家族療養費附加金	25,000円	50,000円
家族訪問看護療養費附加金		
合算高額療養費附加金	50,000円	100,000円

※医療機関等からの請求1件ごとに自己負担額が「基礎控除額」を超えたときに附加金が支給されます。

（例1）

医療費234,560円 自己負担額（3割）70,368円の場合（所得区分一般・ウ）

$$70,368円 - 25,000円 = 45,368円$$

→ 附加金の支給額 45,300円（100円未満の端数切捨て）

| ← 7割 → | ← 3割（医療機関等での窓口支払分）→ |

療養の給付	一部負担金払戻金	自己負担額
164,192円 (現物給付)	45,300円 (現金給付)	25,068円

(例2)

医療費 86,500円 自己負担額（3割）25,950円の場合（所得区分一般・ウ）

$$25,950\text{円} - 25,000\text{円} = 950\text{円} < 1,000\text{円}$$

→ 附加金の支給額 0円 (1,000円未満であるため不支給)

←	7割	→ ← 3割 (医療機関等での窓口支払分) →
療養の給付 60,550円 (現物給付)		自己負担額 25,950円

(例3)

医療費 270,000円 自己負担額（3割）81,000円の場合（所得区分一般・ウ・非多数該当）

$$81,000\text{円} - \underline{\text{高額療養費 870円}} = 80,130\text{円} > 25,000\text{円}$$

$$80,130\text{円} - 25,000\text{円} = 55,130\text{円}$$

→ 附加金の支給額 55,100円 (100円未満の端数切捨て)

←	7割	→ ← 3割 (医療機関等での窓口支払分) →
療養の給付 189,000円 (現物給付)	高額療養費 870円 (現金給付)	一部負担金払戻金 55,100円 (現金給付) 自己負担額 25,030円

(例4)

医療費 270,000円 自己負担額（3割）81,000円の場合（所得区分上位・イ・非多数該当）

高額療養費：非該当

$$81,000\text{円} - 50,000\text{円} = 31,000\text{円}$$

→ 附加金の支給額 31,000円

←	7割	→ ← 3割 (医療機関等での窓口支払分) →
療養の給付 189,000円 (現物給付)		一部負担金払戻金 31,000円 (現金給付) 自己負担額 50,000円

5 特定疾病療養受療証

長期に高額の医療費を必要とする特定疾病患者には、申請により特定疾病療養受療証を交付します。

（1）特定疾病とは

療養に要する期間が著しく長く、かつ一定の高額な治療を継続して行う必要のある疾病として、厚生労働大臣が定めた疾病（血友病、人工透析治療の必要がある慢性腎不全、抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群）を特定疾病といいます。

（2）特定疾病療養受療証と自己負担限度額

マイナ保険証等と併せて特定疾病療養受療証を医療機関等の窓口に提示することで、1カ月の自己負担限度額が10,000円（人工透析を要する70歳未満の上位所得者及びその被扶養者は20,000円）に軽減され、これを超えた分については現物給付されます。

（3）申請方法

上記要件に該当する組合員は、医師の意見欄に証明を受けた**特定疾病療養受療証交付申請書**を所属所経由で共済組合へ申請することにより、特定疾病療養受療証が交付されます。

（4）更新等

概ね2年周期で更新を実施する予定であり、共済組合から更新にかかる連絡があった時に、改めて医師の証明を受け、所属経由で特定疾病療養受療証交付申請書を共済組合へ提出してください。

その他、標準報酬額が変更となり、特定疾病療養受療証に記載されている自己負担限度額が変更となる場合は、変更後の証と差替えを行います。この場合、医師の証明は不要となります。

要件に該当しなくなったときは、証を遅滞なく共済組合へ返納してください。

6 医療証等の交付を受けている場合

国又は地方公共団体が実施している公費負担医療制度により自己負担額が給付される場合には、法62条により高額療養費や附加金との支給調整を行う必要があります。

そのため、場合により組合員は次のような手続き等が必要となります。

(1) 医療証の交付を受けていることの届出

高額療養費や附加金等の支給にあたって、医療証等を交付している国又は地方公共団体と組合との間で支給調整を行っていますがこの調整にあたり、自己負担額の一部又は全部が免除される医療証（市町村が交付している障害者医療証、ひとり親医療証等）については、交付状況把握のため、組合員からの届出が必要となります。

この届出が遅れると、高額療養費や附加金の過支給が発生し、後日遡って組合員へ返還請求する等の事態が生じることがあります。

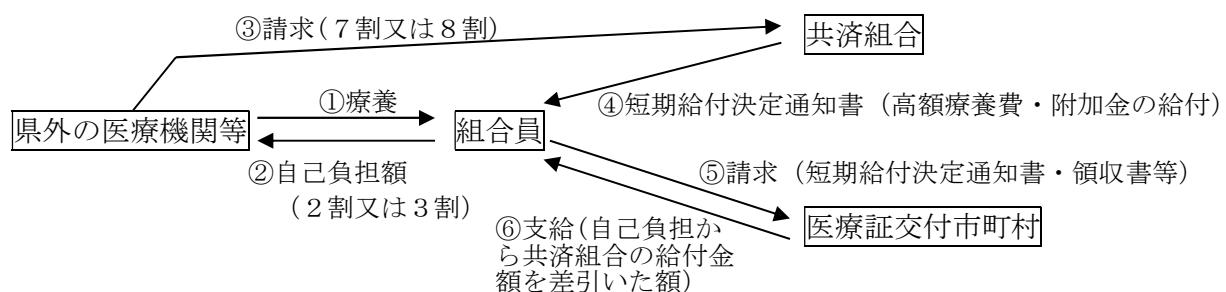
(2) 県外のため医療証を利用できなかった場合

子ども医療費助成制度などの医療証は、通常、交付した市町村の属する県の医療機関等において利用できます。（現物給付）県外の医療機関等にかかった場合は、窓口で一旦自己負担額を支払い、後日、医療証交付市町村へ支給申請をすることとなります。（償還払い）

自己負担額が高額で高額療養費や附加金が共済組合から支給される場合は、最初に、これらの支給（概ね3カ月後）を受けた後、残りの自己負担額を当該市町村へ支給申請してください。

なお、高額療養費や附加金が支給された際の当該市町村への請求については、共済組合からの支給額の確認のため短期給付決定通知書等を提示することとなります。

（県外の医療機関等にかかった場合）



(3) 治療用装具等療養費の支給を受けた場合

治療用装具の療養費の支給は、該当すれば高額療養費や附加金も合わせて支給されるため、支払った金額からこれらすべてを差引いて残った自己負担相当額について、市町村へ医療証にかかる支給の申請をしてください。

この申請についても、共済組合から交付される短期給付決定通知書等が必要となるため保管等には特に注意してください。

7 高額介護合算療養費

組合員又は被扶養者が短期給付及び介護保険の両給付を利用することにより、その世帯の自己負担額が著しく高額になる場合は、その自己負担額の合算額に対し上限を設定することで、家計の破綻を防止するとともに、両給付の適切かつ効率的な提供を図る観点から制度が設けられました。（法62条の3）

介護保険制度による給付を受けた際の自己負担額の合計と、共済組合の短期給付による世帯の自己負担額の合計を合算した額が基準額を超えた場合は、その超えた額が共済組合と市町村から高額介護合算療養費が支給されます。

(1) 計算期間

毎年8月1日から翌年の7月31日（12カ月）

(2) 給付対象

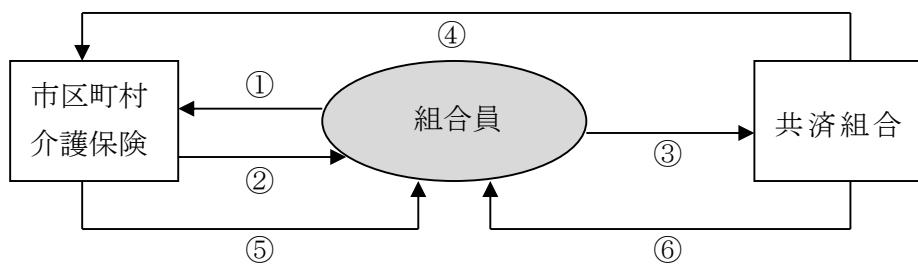
共済組合の短期給付と介護保険の両方の自己負担がある世帯。

(3) 介護合算算定基準額

医療にかかる自己負担（高額療養費、附加金を差引いた額）と介護保険に係る自己負担（高額介護サービス費を差引いた額）を世帯合算した金額が以下の金額を超える場合に支給します。ただし、500円以下の場合は不支給となります。

	一般	上位所得者、一定以上所得者
70歳未満	670,000円	1,260,000円
70歳～74歳（高齢受給者）	560,000円	670,000円

(4) 申請手順



- ① 市区町村介護保険担当窓口に「支給兼負担額証明書」の交付を申請する。
- ② 市区町村介護保険担当窓口から「自己負担額証明書」の交付を受ける。
- ③ ②の証明書を共済組合へ送る。
共済組合で高額介護合算療養費の支給が可能か否かを確認の後、支給可能であれば申請書類を送付するので、記載・押印のうえ共済組合へ提出する。
- ④ 共済組合が介護保険と短期給付の負担額を計算し、算定結果を市区町村あて通知する。
- ⑤⑥ 共済組合と市区町村の双方から、④で決定した給付金を組合員あて支給する。

6－4 医療費等を現金払いした場合の給付

1 概要

ここでは、**療養費**、**家族療養費**、**移送費**及び**家族移送費**について説明します。

医療機関等で療養を受けた場合には、療養の給付等により現物給付されることが原則となっていますが、組合がやむを得ないと認めた場合は、療養の給付等に代えて、**療養費**（被扶養者の場合は**家族療養費**）を支給することができる（法58条1項、法59条7項）とされており、療養の給付等の補完的な役割として位置づけられています。

移送費（家族移送費）は、組合員（被扶養者）が療養の給付等を受けるために医療機関等へ移送された場合において、組合が必要と認めたときに、その移送に要した費用を支給するものです。（法58条の3・1項）

上記の療養費、移送費等はいずれも組合員等が一旦全額を支払った後に、組合員からの請求に基づき現金給付が行われます。

市町村から医療証の交付を受け、自己負担分の支払を免除されている場合は、療養費等の受給後に、その残りの自己負担分を市町村へ支給申請することとなります。

2 療養費・家族療養費の支給要件

組合は、療養の給付、入院時食事療養費、入院時生活療養費若しくは保険外併用療養費の支給をすることが困難であると認めたとき、又は組合員（被扶養者）が保険医療機関等以外の病院、診療所、薬局その他の療養機関から診療、手当若しくは薬剤の支給を受けた場合において、組合がやむを得ないと認めたときは、療養費を支給することができます。（法58条）

療養費・家族療養費（被扶養者にかかる療養費に相当する分）の支給要件として組合が必要と認める、療養の給付等が行うことが困難であるとき又はやむを得ない事情があるときは、次のア～キのいずれかに該当する場合となります。

- ア へき地、離島等で保険医療機関がなかった場合又は緊急のためやむを得ず保険医療機関以外で診療を受けた場合
- イ マイナ保険証等の交付手続中など、やむを得ずマイナ保険証等の提示が出来なかった場合
- ウ 組合員の資格取得や被扶養者の認定の手続き中に、誤って前の保険者の健康保険を利用して、返還請求を受けた場合
- エ 海外旅行などで外国の病院・診療所で治療を受けた場合（ただし、治療目的で渡航し治療を受けた場合は不可）
- オ 医師が治療上必要と認めた場合に、コルセットなどの治療用装具を購入した場合
- カ 輸血を行い、その血液代を支払った場合
- キ 医師の同意を得て、柔道整復、はり・きゅう、あん摩・マッサージ・指圧の施術を受けた場合（ただし、代理受領により現物給付と同様の給付を受けることができます。）

3 療養費・家族療養費の請求方法

療養費の支給を受けようとする者は、組合に次の書類の提出が必要です。（規程107条）。

(1) 療養費・家族療養費請求書

(2) 療養費の請求に係る証拠書類（原本）（以下、「添付書類」といいます。）

（参考）医療機関等からの診療報酬領収明細書の交付

保険医療機関は、患者から保険給付を受けるために必要な証明書（診療報酬領収明細書等）の交付を求められた時は、無償で交付しなければならない。（保険医療機関及び保険医療養担当規則6条）

4 療養費・家族療養費の支給額

治療にかかった費用あるいは治療用装具の費用（以下、「療養に要した費用」といいます。）に対して、給付割合を乗じた金額（円未満切捨て）が支給されます。

また、自己負担額が高額となる場合は、高額療養費、一部負担金払戻金又は家族療養費附加金が合わせて支給されます。

療養費・家族療養費支給額（1円未満切捨て）

=療養に要した費用×0.7（小学校就学前0.8）

《療養費・家族療養費の支給額算定例》

（例1）医療費総額10,000円、40歳組合員

（療養費） $10,000 \times 0.7 = 7,000$ 円

療養費：7,000円

自己負担額：3,000円

（例2）治療用装具185,320円、5歳被扶養者（自己負担割合2割）、区分「ウ」

（家族療養費） $185,320 \times 0.8 = 148,256$ 円

（自己負担額） $185,320 - 148,256 = 37,064$ 円

（家族療養費附加金） $37,064 - 25,000 = 12,064 \rightarrow 12,000$ 円（100円未満切捨て）

家族療養費：148,256円、家族療養費附加金：12,000円

最終自己負担額：25,064円

療養費等支給額概算早見表（区分：ウの場合）

7割給付（小学校～69歳）

(円)

総医療費、装 具購入費等 A	7割給付 B(A×0.7)	高額療養費 C	附加金 D	支給額計 B+C+D	3割負担分 A-B	自己負担分 A- (B+C+D)
10,000	7,000			7,000	3,000	3,000
50,000	35,000			35,000	15,000	15,000
85,000	59,500			59,500	25,500	25,500
100,000	70,000		5,000	75,000	30,000	25,000
150,000	105,000		20,000	125,000	45,000	25,000
200,000	140,000		35,000	175,000	60,000	25,000
250,000	175,000		50,000	225,000	75,000	25,000
260,000	182,000		53,000	235,000	78,000	25,000
270,000	189,000	870	55,100	244,970	81,000	25,030
280,000	196,000	3,770	55,200	254,970	84,000	25,030
290,000	203,000	6,670	55,300	264,970	87,000	25,030
300,000	210,000	9,570	55,400	274,970	90,000	25,030
500,000	350,000	67,570	57,400	474,970	150,000	25,030
1,000,000	700,000	212,570	62,400	974,970	300,000	25,030
2,000,000	1,400,000	502,570	72,400	1,974,970	600,000	25,030

8割給付（小学校就学前・高齢受給者）

(円)

総医療費、装 具購入費等 A	8割給付 B(A×0.8)	高額療養費 C	附加金 D	支給額計 B+C+D	2割負担分 A-B	自己負担分 A- (B+C+D)
10,000	8,000			8,000	2,000	2,000
50,000	40,000			40,000	10,000	10,000
100,000	80,000			80,000	20,000	20,000
130,000	104,000		1,000	105,000	26,000	25,000
150,000	120,000		5,000	125,000	30,000	25,000
200,000	160,000		15,000	175,000	40,000	25,000
300,000	240,000		35,000	275,000	60,000	25,000
410,000	328,000	470	56,500	384,970	82,000	25,030
500,000	400,000	17,570	57,400	474,970	100,000	25,030
600,000	480,000	36,570	58,400	574,970	120,000	25,030
800,000	640,000	74,570	60,400	774,970	160,000	25,030
1,000,000	800,000	112,570	62,400	974,970	200,000	25,030
2,000,000	1,600,000	302,570	72,400	1,974,970	400,000	25,030

5 マイナ保険証等を提示できず全額現金払いした場合

(1) 支給要件

資格取得手続中でマイナ保険証等の認定前であった場合、へき地での緊急治療であった場合、あるいは資格確認書紛失による再交付申請中などの理由によりマイナ保険証等を提示できず全額現金払いした場合であって、共済組合がやむを得ないと認めたときは支給することができます。

なお、全額支払後、マイナ保険証等を提示することで医療機関等から療養の給付相当額の返還を受けられる場合がありますので、可能であればこれを優先してください。

(2) 添付書類（原本）

療養費の請求書には、診療報酬領収明細書の添付が必要（規程107条2項）となります
が、これに代えて、同様の内容となる領収書及び診療明細書（薬の場合、調剤明細書）の添付とすることも原則認めています。

ただし、保険点数が明記されているものに限ります。※

※診療明細書（薬の場合、調剤明細書）に点数が明記されていない、判断できない場合等は、領収書、診療明細書（薬の場合、調剤明細書）および診療報酬領収明細書が必要となります。

(別紙様式1)		(医科診療報酬の例)					
		領 収 証					
患者番号		氏 名					
様		請求期間 (入院の場合)					
		平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日					
受診料	入・外	領収書No.	発行日	費用区分	負担割合	本・家	区分
			平成 年 月 日				
保 険	初・再診料	入院料等	医学管理等	在宅医療	検査	画像診断	投薬
	点	点	点	点	点	点	点
	注 射	リハビリテーション	精神科専門療法	施 置	手 術	麻 醉	放射線治療
	点	点	点	点	点	点	点
	病理診断	診断群分類 (DPC)	食事療養	生活療養			
点	点	点	点				
評価療養・通院療養		その他					
保 険 外 負 担		(内訳) (内訳)					

←領収書様式（例）

診療明細書(記載例)					
入院外		保険			
患者番号	氏名	〇〇 〇〇	様	受診日	YYYY/MM/DD
受診科					
部	項目名	点 数	回 数		
基本料	* 外来診療料	70	1		
在宅	* 在宅自己注射指導管理料 * 血糖自己測定器加算(月100回以上)(1型糖尿病の患者に限る)	820 1320	1 1		
処方	* 処方せん料(その他)	68	1		
検査	* 生化学的検査(1)判断料 * 血液学的検査判断料 * B-V * 検体検査管理加算(1) * 血中微生物 * 生化学的検査(1)(10項目以上) ALP LAP	144 125 13 40 40 123	1 1 1 1 1 1		

診療明細書様式（例）→

(3) 請求書の作成にあたって

ア 患者1人ごとに作成

イ 医療機関ごとに作成

ウ 曆月を1単位とし、月の1日から月末までの受診を1カ月として作成

※同一医療機関で月を跨ぐ場合の考え方

(例) 1月31日から2月2日まで通院 (受診日が1/31、2/1、2/2の計3日の場合)

1月分として1枚 (療養期間 1/31)

2月分として1枚 (療養期間 2/1～2/2) の計2枚必要

エ 入院と入院外(外来)、薬局を別に作成

※同一医療機関での受診の場合は、入院と外来は別に作成してください。

※外来受診し、同敷地内の薬局(別名義)で調剤された場合は、医療機関分として1枚、薬局分として1枚の計2枚必要です。

治療用装具作成時の添付書類及び療養費請求書の記載例（短下肢装具 既製品 新規の場合）

治療用装具製作指示装着証明書

住所 (患者様の住所) _____
氏名 (患者様の名前) _____ 生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日

疾病名及び症状等
疾病名 左足外側副韌帯損傷 症状等 患部の安定の為
(治療進行上の必要 (症状や装置目的)、修理が必要になった状況や理由等)

上記の疾病により (オーダーメイド・既製品装具) / 断規・修理
短下肢装具 (軟性・アルケア・アンクルサポート)
(オーダーメイドの場合は既製及び既存等、既製品の場合ノーカ名・製品名、修理の場合は交換箇所等)

の装着を
令和〇〇年4月1日 診察のうえ、治療進行上の必要を認め
(既製装具士の氏名) へ [製作・購入・修理] を指示し。
令和〇〇年4月5日 に患者へ装着確認をしました。
以上、証明いたします。

備考
※1 治療を目的で当院を行った場合は、担当者名を記載。
※2 装着を指示した既製装具士と、適合調整した既製装具士が違う場合は、適合調整した既製装具士の氏名を記載。
※3 患者等へ直接購入を指示した場合は、既製装具士への指示ではない理由や状況、患者への指示内容を記載。

令和〇〇年4月5日
医療機関所在地
医療機関名
医療機関電話番号
医師氏名

←治療用装具製作指示装着証明書

領収書

様 令和 年 月 日
¥7,579

株式会社 ○○○○
代表取締役: ○○ ○○
住所 東京都千代田区○○○○
TEL: 03)XXXXXXX
FAX: 03)XXXXXXX

担当既製装具士 ○○ ○○

オーダーメイド・既製品の別

品目	名称・採型・型式	材料部品	数量	単価	金額
短下肢装具	アルケア	アンクルサポート	1	7,150	7,150

修理価格

その他の加算要素

小計	7,150
6% 税	429
合計	7,579

←領収書

療家 療養 費 請 求 書

組合員証記号番号 NGY 123456 フリガナ 共済 太郎 所属 総務局〇〇課〇〇係
組合員氏名 共済 太郎

療養者氏名 共済 太郎 生年月日 昭和〇〇年〇月〇日 統括 本人

傷病名 左足外側副韌帯損傷 入院・外来の別 外来 傷病の原因 体日に自宅の階段で足を踏み外しそのまま転落し左足を負傷

初診年月日 令和〇年4月1日 医療機関又は薬局名及びその住所 ○○整形外科 愛知県名古屋市〇〇区〇〇町〇-〇

療養期間 令和〇年4月5日 から 療養に要した費用 円 7,579 請求金額 円 5,305

保険証・資格確認書を使用しなかった理由 業者に治療用装具製作を依頼したため

上記のとおり請求します。
(あて先)名古屋市職員共済組合理事長

令和〇年〇月〇日 請求者 住所又は所属 氏名 共済 太郎 総務局〇〇部〇〇課

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。
令和〇年〇月〇日 職名 総務局〇〇部〇〇課長
所属所長 氏名 総務 一夫

備考

上記について支給を決定してよろしいか。
次長 係長 係
決算額 円

チェックポイント

「傷病の原因」

- ・公務／通勤／第三者行為でないこと
- ・「先天性／不明／日常生活の中で」等、具体的に

「傷病名」

治療用装具製作指示装着証明書の「疾病名」

「初診年月日」

治療用装具製作指示装着証明書の「診察」日

「療養期間」

治療用装具製作指示装着証明書の「装着確認」日

「療養に要した費用」

領収書の支払金額

(厚労省発「療養費の支給基準」該当分)

「請求金額」

「療養に要した費用」の7割又は8割

(円未満を切捨)

「使用しなかった理由」

業者に治療用装具製作を依頼したため

6 治療用装具にかかる療養費・家族療養費

(1) 治療用装具（コルセット等）

①支給要件

保険診療において、保険医が、治療上必要があると認めて、関節用装具、コルセット、義手、義足、義眼等の治療用装具を作らせて患者に装着させた場合には、装具購入に要した費用の一部を療養費として支給します。

この療養費の支給対象は、いわゆる治療用装具に限られ、日常生活や職業所の必要性によるもの、あるいは美容の目的で使用されるものは対象となりません。よって、眼鏡（小児弱視等の治療用眼鏡等は除きます。）、補聴器、人工肛門用ペロッテ等は支給対象とならず、また松葉杖も一般的には保険医療機関等が貸与すべきものとして対象としていません。

なお、治療用装具にかかる補装具の種類、耐用年数、購入又は修理に要する費用の算定方法等は障害者総合支援法の基準に基づいて支給されます。本人希望による、予備の購入、特殊な機能の追加、耐用年数内での買替えなどは支給対象とはなりません。

②療養に要した費用

医療費等の支給は消費税非課税ですが、治療用装具にかかる療養費の算定では、装具の価格の100分の106.0に相当する額を基準として算定することとなっています。（R1.9.18 保発0918 第7号「治療用装具の療養費支給基準について」の一部改正について参照）

専門の装具製作業者で購入する領収書には、通常、価格に対し100分の106.0の加算額（装具作成費用のうち材料費部分60%にかかる消費税相当額）が加算されているため、この分を含めた金額を療養に要した費用として療養費の支給額を算定します。

療養に要した費用 = 装具購入費用（本体価格+加算6.0%分）

③添付書類（原本）

ア 医師の意見書

療養担当に当たる保険医の処方（基本工作法、製作要素、完成要素の区分、名称、形式等）に必要な処方明細となるもの

イ 領収書

医師の意見書に基づく内訳明細が記載されているもの

ウ 治療用装具の写真 ※「靴型装具」という名称の装具のみ）

(2) 小児弱視等の治療用眼鏡等

①支給要件

眼鏡は本来療養費の支給対象外とされていますが、小児弱視等（小児の弱視、斜視及び先天白内障術後の屈折矯正）の治療用眼鏡等は、平成18年4月より保険適用が承認さ

れ、療養費の支給対象となりました。(R1.9.18 保発 0918 第8号「小児弱視等の治療用眼鏡等に係る療養費の支給について」の一部改正について参照)

ただし、支給対象は**9歳未満**とされ、再購入にあたって5歳未満は1年以上、5歳以上は2年以上の期間を空けることとなっています。

また、斜視の矯正等に用いるアイパッチ及びフレネル膜プリズムについては、対象外となっています。

②療養に要した費用

一本あたり、以下の金額を上限として購入に要した費用（消費税含む）を療養に要した費用として算定します。上限を超える支払いについては、自己負担となります。

療養に要した費用＝小児弱視等用眼鏡購入費用（消費税含む）

小児弱視等の治療用眼鏡等にかかる上限額

種類	作成内容	上限額 (基準価格×1.06)
弱視等眼鏡	掛けめがね式	40,492円
コンタクトレンズ	レンズ1枚当たり	13,780円

③添付書類（原本）

ア 医師の作成指示等

疾病名など眼鏡を必要とする理由の記載があるもの。

イ 患者の検査結果

弱視等の記載があるもの。

ウ 領収書

内訳と眼鏡利用者がわかるもの。

（3）四肢のリンパ浮腫治療のための弾性着衣等

①支給要件

平成20年4月1日から、腋窩、骨盤内の広範なリンパ節郭清術を伴う悪性腫瘍の術後に発生する四肢のリンパ浮腫の重篤化予防を目的とした弾性着衣等の購入費用について、療養費の支給対象となりました。(H20.3.21 保発 0321002「四肢のリンパ浮腫治療のための弾性着衣等に係る療養費の支給について」参照)

この治療のために医師の指示に基づき購入する弾性ストッキング、弾性スリーブ、弾性グローブが対象となります。ただし、これらが使用できないとする医師の判断がある場合には弾性包帯も対象となります。また、原則30mmHg以上（医師の特別の指示がある場合は20mmHg以上も可）の弾性着衣が対象となります。

1度に購入する弾性着衣は、洗い替えを考慮し、装着部位ごとに2着を限度とし、また、前回の購入から6カ月経過後において再度購入した場合は支給対象となります。

(H20.3.21 保医発0321001「四肢のリンパ浮腫治療のための弾性着衣等に係る療養費の支給における留意事項について」参照)

②療養に要した費用

1着（弾性包帯は1組）あたり、以下の金額を上限として購入に要した費用（消費税含む）を療養に要した費用として算定します。

療養に要した費用＝購入費用（消費税含む）

弾性着衣等にかかる上限額

種類	上限額（消費税含む）
弾性ストッキング	28,000円（片足用は25,000円）
弾性スリーブ	16,000円
弾性グローブ	15,000円
弾性包帯	上肢7,000円、下肢14,000円

③添付書類（原本）

ア 療養担当に当たる医師の弾性着衣等の装着指示書

装着部位、手術日、着圧指示、診断名等が明記されているもの

イ 領収書

購入内容が記載されているもの

7 外国で療養等を受けた場合の療養費・家族療養費

（1）支給要件

外国に滞在中、傷病により医療機関等で診療を受けた場合、その療養に要する費用は療養の給付として現物支給できませんので、療養費として現金支給することとなります。

ただし、外国滞在中に傷病が起きてやむを得ないという理由により支給するものですが、治療目的で外国に行き治療を受けたような場合は支給対象となりません。また、診療内容が不明なもの、療養に要した費用が健康保険の例により算定することが困難な場合は、支給しません。

（2）支給額

診療内容のわかる明細書を基に診療報酬点数表により日本で同様の治療をした場合の医療費相当額を組合で算出し、これと実際に支払った医療費相当額と比較し、いずれか低い方の額に対し給付割合を乗じた額を支給します。

なお、外国の通貨により支払った場合は、支給決定日における為替（売りレート）により換算します。

消費税に相当するもの、その他診療に直接関係ない費用は、控除します。

（計算例）

A：外国の医療機関で実際に支払った金額（支給決定日でのレート換算） 15,000 円

B：診療内容の分かる明細書から組合が点数表で算出した医療費相当額 9,000 円

の場合、A>B であるため、支給額は $9,000 \text{ 円} \times 7 \text{ 割給付} = 6,300 \text{ 円}$ となります。

（3）添付書類（原本） 《添付書類が適切か、事前に共済組合に相談・確認してください》

ア 診療内容明細書

イ 領収明細書

※ア・イについては、翻訳文も必要となります。（規程 107 条 3 項）

ウ 領収書

エ 調査に関わる同意書

オ パスポートの写し等、海外渡航期間がわかるもの

8 生血代にかかる療養費・家族療養費

（1）支給要件

輸血に必要な血液は、保存血と生血の 2 種類あり、保存血については療養の給付として支給されますが、療養上の必要があり手許に血液を保有していない場合に、生血の輸血を行うことになり、供血者から生血の提供を受け、その費用を支払った場合は、その生血代は療養費の支給対象となります。

ただし、親子、夫婦、兄弟等の親族から生血を受けた場合は支給しません。また、第 3 者に依頼した場合の謝礼なども支給対象外となります。

（2）療養に要した費用

都道府県ごとに定められている金額を限度として、組合員が実際に支払った金額を療養に要した費用として算定します。

（3）添付書類（原本）

ア 医師の証明書

イ 当該購入に係る生血代金の領収書

9 移送費・家族移送費

(1) 支給要件

組合員が療養の給付（保険外併用療養費にかかる療養を含む。）を受けるために病院又は診療所に移送された場合において、組合が必要と認めたときは、その移送に要した費用について移送費を支給します。（法58条の3）

移送費の支給要件は、健康保険の例に準ずるものとしており（運用方針法58条の3関係）、これに当たる健康保険法施行規則第81条は、次のア～ウのいずれにも該当すると認められる場合を要件としています。

- ア 移送により法に基づく適切な療養を受けたこと
- イ 移送の原因である疾病又は負傷により移動することが著しく困難であったこと
- ウ 緊急その他やむを得なかつたこと

厚生労働省通知（H6.9.9保発119号）から以下のような標準的な事例が示されていますが、医師の意見等に基づき、また、個々の事例に応じ社会通念上妥当な範囲内で共済組合が必要性を判断することとなります。

- ・ 負傷した患者が災害現場等から医療機関に緊急に移送された場合
- ・ 離島等で疾病にかかり、又は負傷し、その症状が重篤であり、かつ、疾病が発生した場所の付近の医療施設では必要な医療が不可能であるか又は著しく困難であるため、必要な医療の提供を受けられる最寄りの医療機関に移送された場合
- ・ 移動困難な患者であって、患者の症状からみて、当該医療機関の設備等では十分な診療ができず、医師の指示により緊急に転院した場合

(2) 支給額

移送に要した費用は、組合が合理的な方法で算定する額を上限として全額が支給されます。

これを超えて支払った額は、純然たる自己負担となり、附加給付等の対象からも除外されます。

なお、組合が算定する額とは、健康保険法第97条第1項に規定する厚生労働省令で定めるところによりされる算定の例により算定した金額（法58条の3・2項、法59条の4・2項）となっており、つまり、厚生労働省令で定められているところの、最も経済的な通常の経路及び方法により移送された場合の費用により算定した金額を上限として、現に移送に要した金額がこれを超えることができない（健康保険法施行規則80条）となります。

さらに具体的には、次のア～エの取扱い（参考：健康保険の移送費の支給の取扱いについて[H6.9.9保険発119・府保険発9]）を基準として組合で算定することとなります。

- ア 経路・運賃については、必要な医療を行える最寄りの医療機関まで、その疾病の状態に応じ最も経済的な経路・交通機関・運賃で算定する。

- イ 医師、看護師等付添人については、医学的管理が必要であったと医師が証明する場合には、現に要した費用を限度として原則として1人までの交通費を算定する。
- ウ 実際に要した費用を限度として算定する。
- エ 天災その他やむを得ない事情により、上記の取り扱いが困難な場合には、現に要した費用を限度として例外的な取り扱いも認めうる。

(3) 請求方法

移送費の支給を受けようとする者は、移送費請求書を組合に提出しなければならない。

(規程 108 条の 2)

《添付書類》(原本)

ア 移送費・家族移送費請求書

請求書内の「医師の意見欄」の記載内容については、別に医師又は歯科医師の意見書の添付に代えても良いこととなっています。

イ 移送に要した費用の額に関する証拠書類(領収書等)

(4) 移送費の算定方法により算定し療養費として支給するもの

次の①から③については、療養費又は家族療養費として支給されますが、その支給額の算定にあたっては、移送費と同様にその移送に要した費用(合理的な方法による費用額を限度として)の全額が支給対象となります。

①同種死体腎移植

腎採取を行う医師を派遣した場合における医師の派遣に要した費用及び採取腎を搬送した場合における搬送に要した費用については療養費として支給し、それらの額は移送費の算定方法により算定します。(平 20.3.5 保医発 0305001)

②骨髄移植

骨髄採取を行う医師を派遣した場合における医師の派遣に要した費用及び採取した骨髄を搬送した場合における搬送に要した費用については療養費として支給し、それらの額は移送費の算定方法により算定します。(平 20.3.5 保医発 0305001)

③臍帯血移植

移植に使用した臍帯血の保存施設から移植実施保険医療機関までの搬送に要した費用については、療養費として支給し、その額は移送費の算定方法に準じて算定します。(平 20.3.5 保医発 0305001)

6－5 出産時の給付

1 概要

正常な出産は疾病には含まれないため療養の給付の対象とはならず、代わって、**出産費**（組合員が出産した場合）又は**家族出産費**（被扶養者が出産した場合）として、実際に出産にかかった費用にかかわらず一定額が支給されます。

出産費・家族出産費の支給方法は、直接支払制度、受取代理制度及び現金給付の3つがあり、本人の希望や病院の状況等により組合員が選択することとなるが、利便性が高いことなどから、9割以上が直接支払制度を利用している状況にあります。

また、出産費又は家族出産費が支給される場合には、併せて**出産費附加金**又は**家族出産費附加金**も支給されます。

以下は、出産費、出産費附加金、家族出産費及び家族出産費附加金について説明し、組合員が出産した場合、この他に休業給付である育児休業手当金や出産手当金の支給を受けることも想定されますが、これらは第6章休業給付で説明します。

2 支給要件

（1）出産費の支給要件

組合員が出産したときは出産費を支給する。（法63条1項）

また、組合員の資格を喪失した日の前日まで引き続き1年以上組合員であった者が退職後6カ月以内に出産した場合について準用する。ただし、退職後出産するまでの間に他の組合（他の共済組合の組合員、私学共済の加入者、健康保険の被保険者又は船員保険の被保険者）の資格を取得したときはこの限りではない。（法63条2項）

なお、「引き続き1年以上組合員であった者が退職後6カ月」の期間には任意継続組合員の期間を含むものとする。（運用方針法63条関係）

（2）家族出産費の支給要件

被扶養者が出産したときは家族出産費を支給する。（法63条3項）

なお、出産費とは異なり、被扶養者認定取消後の家族出産費は支給されません。

（3）出産

ここでいう出産とは、妊娠4カ月以上（85日以上）の出産をいい、次の場合は出産に該当するものとして出産費又は家族出産費の支給対象となる。（運用方針法63条関係）

- ① 妊娠4カ月以上（85日以上）の異常分娩をした場合
- ② 母体保護法に基づく妊娠4カ月以上の胎児の人工妊娠中絶手術をした場合

(4) 死産

妊娠4カ月以上(85日以上)を経過して胎児であったものを娩出した場合において、4カ月未満で死亡していたときは、出産費又は家族出産費を支給しません。(運用方針法63条関係)

逆に、死産であっても4カ月以降の死亡であれば出産費又は家族出産費の支給対象となります。

(5) 双生児の出産

双生児を出産した場合には、出産が二度あったものとして倍額を支給します。(運用方針法63条関係)

双子以上の場合は、「支給額×出生人数」となります。

(6) 異常分娩の場合

異常分娩により治療行為等が施された場合には、その分の費用は療養の給付等の支給対象となります。出産費等も正常分娩と同様に支給されます。

3 支給額

出産費・家族出産費 500,000円 (令23条の4、令の一部改正)

(ただし、産科医療補償制度に加入していない分娩機関で出産した場合等は、産科医療補償制度における掛金(保険料額)を除く額)

出産費附加金・家族出産費附加金 10,000円 (定款36条の3、定款36条の4)

(参考) 産科医療補償制度

分娩に係る医療事故などにより脳性麻痺となった子及びその家族の経済的負担を補償するとともに、事故原因の分析や再発防止に向け産科医療の質の向上を図ることを目的とした制度。令和2年5月時点での加入率は、病院で100%、診療所で99.8%、助産所で100%。

掛金(保険料額)は一分娩あたり12,000円で、補償金額は3,000万円(一時金600万円+分割金120万円×20年間)となっています。

500,000円の出産費又は家族出産費を請求する場合には、産科医療補償制度に加入している分娩機関での出産を証明する書類を添付しなければならない(規程111条2項)ため、現金給付の請求で提出する領収書や請求書等には、下図のスタンプまたは「産科医療補償制度の対象分娩です。」等の文言が明記されたものを添付することとなっています。



4 支給方法・請求方法

出産費は、療養の給付のような現物給付ではなく現金給付ですので、一時的に組合員が多額の現金を用意するという経済的負担が生じることとなり、この負担を軽減させるためのものとして直接支払制度及び受取代理制度があります。

一般的には直接支払制度が利用されており、直接支払制度が利用できないなど一部の医療機関等で受取代理制度が利用される場合があります。なお、実際にかかった費用が出産費の支給額よりも少ない場合は、後日、共済組合が差額を現金支給します。

直接支払制度の対象は法定給付部分のみとなりますので、出産費附加金及び家族出産費附加金については、別に、請求書を提出のうえ、現金給付となります。

これらの制度を利用できない場合（海外出産など）若しくは利用を希望しない場合は、全額、現金給付となります。

（1）直接支払制度を利用する場合

①マイナ保険証等の提示

出産する組合員又は被扶養者は、マイナ保険証等を入院時に医療機関等へ提示します。

②直接支払制度利用の合意

医療機関から直接支払制度について十分説明を受けた後、利用する場合は、書面により合意をします。書面は2通作成し、1通は医療機関等が保管し、もう1通は組合員が受けとります。

③附加金及び差額の請求

出産後に、出産費附加金又は家族出産費附加金の請求書を共済組合に提出します。また、実際にかかった費用が出産費又は家族出産費の支給額を下回っている場合には、その差額を請求し共済組合から現金給付を受けることとなります。

なお、これら請求書については、医療機関等から審査機関を通じ共済組合へ出産費相当額の請求があった時点で、共済組合から所属所を通じて各組合員あてに、金額等を記載した請求書を送付しますので、組合員はその請求書に必要事項を記入して請求してください。

（2）受取代理制度を利用する場合

①受取代理制度が利用可能な医療機関等であるかの確認

出産を予定している医療機関等が受取代理制度を扱っているかどうかを確認します。

対象となるのは、年間分娩件数が100件以下の診療所等で厚生労働省に届け出た医療機関等となります。

②事前申請用請求書の提出

出産予定日まで2カ月以内となりましたら、出産費・出産費附加金請求書又は家族出産費・家族出産費附加金請求書の事前申請用に記載のうえ、出産までに所属所を通じ共済組合へ提出してください。申請書には母子手帳の妊娠の経過がわかる頁の写しを添付してください。

なお、事前申請であるため、出産日までに資格喪失等により支給対象外となった場合は、

請求取消となります。

③出産費及び出産費附加金との差額精算

退院時の医療機関等での支払時に、出産費及び出産費附加金の支給額を上回る費用がかかった場合には、その差額を窓口で支払います。直接支払制度は出産費又は家族出産費のみを対象とするのに対し、受取代理制度は附加金も合わせて算定します。

逆に、費用が下回った場合には、後日共済組合から組合員へ差額を支給します。なお、差額支給にあたっては、組合員からの申請等は不要です。

(3) 現金給付の場合

医療機関等で出産にかかった費用をすべて支払後に、以下の添付書類とあわせて請求書を組合に提出してください。

《添付書類》

① 出産費用の領収書・明細書の写し

出産費 500,000 円を請求する場合には、産科医療補償制度の対象分娩ということが明らかである必要があります。ない場合には、出産費は 488,000 円となります。

② 直接支払制度を利用しない旨及び申請先保険者名が記載されている文書

他の保険者との重複払を防ぐためのもので、通常は、直接支払制度利用合意文書を利用した様式のものが、病院で用意されています。

③ 請求書内の「医師・助産師又は市町村長証明欄」に証明がない場合には、戸籍謄本等の原本

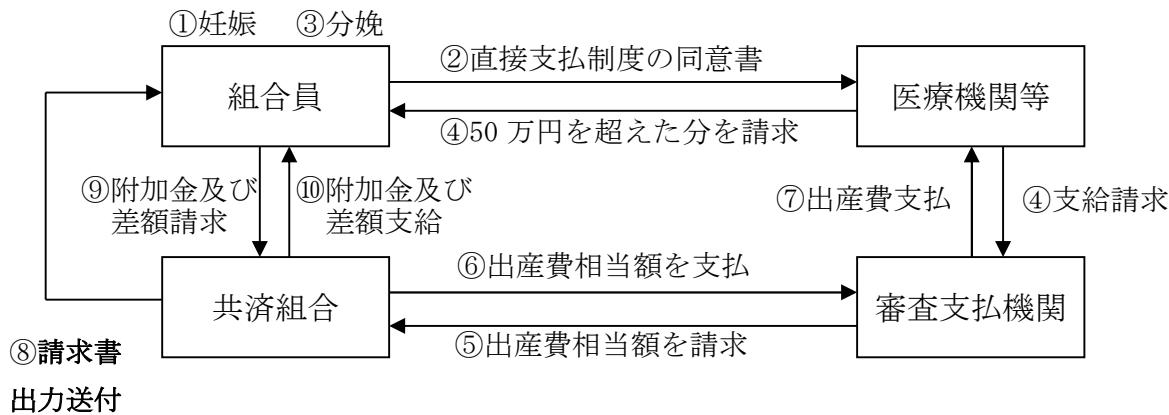
(4) 家族出産費の請求に関する申立書

被扶養者認定から 6 カ月以内の家族にかかる出産費について、その家族が退職から 6 カ月以内の出産であれば、退職した前の会社の健康保険から出産費の支給を受けることもでき、この場合、いずれか一方を選択して支給を受けることとなります。

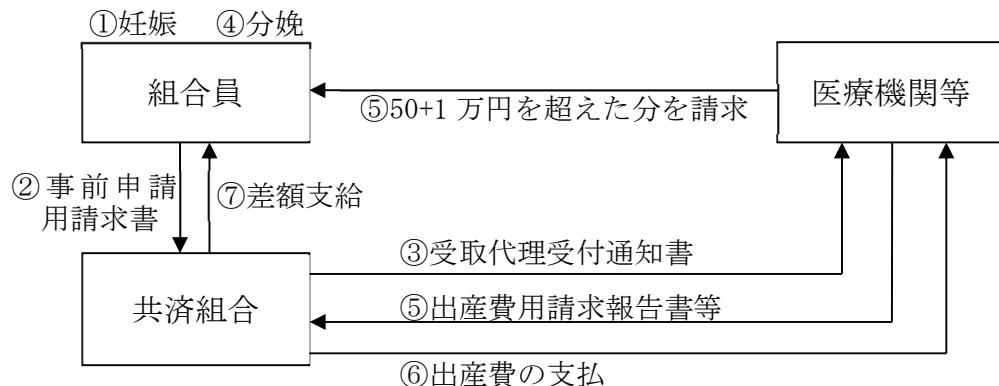
そのため、出産費の支給を受ける保険者を選択すべき被扶養者が、本組合から出産費の支給を受ける選択をした場合には、退職した会社の健康保険等からの出産費の支給を受けないことについて、申立書を共済組合へ提出してください。

《出産費・家族出産費・出産費附加金・家族出産費附加金の申請から支給までの流れ》

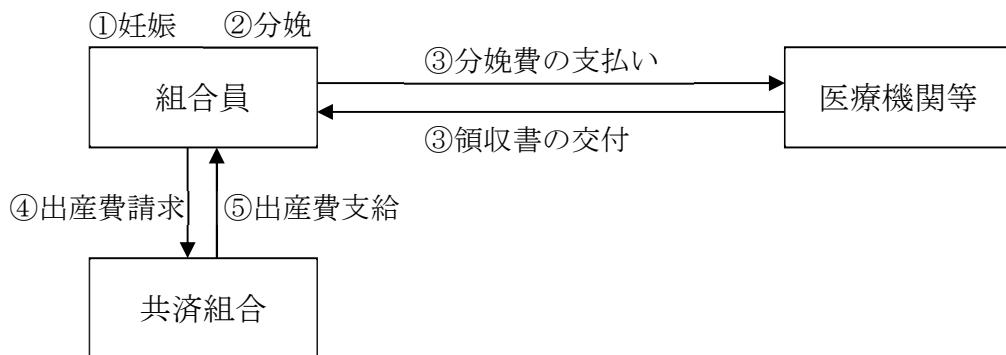
①直接支払制度→(請求書は共済組合で出力し、組合員へ送付。)



②受取代理制度 (事前申請用) →(請求書はホームページより出力)



③現金給付→(請求書はホームページより出力)



6－6 死亡時の給付

1 概要

組合員（任意継続組合員も含む。）が公務外で死亡した場合は、埋葬料及び埋葬料附加金が被扶養者等に支給されます。被扶養者が死亡した場合には、家族埋葬料及び家族埋葬料附加金が組合員に対して支給されます。

また、組合員又は被扶養者が水震火災その他非常災害により死亡したときは、弔慰金又は家族弔慰金が、埋葬料等と併せて遺族又は組合員に支給されます。

その他、組合員が受けるべき支給が死亡したことで未済となっている給付金がある場合は、遺族等が支払未済給付請求書を提出し、代わってその給付を受けることとなります。

以下は、埋葬料、埋葬料附加金、家族埋葬料及び家族埋葬料附加金について説明し、弔慰金及び家族弔慰金は、第7章災害給付で説明します。

埋葬料と弔慰金の比較

区分	埋葬料・家族埋葬料	弔慰金・家族弔慰金
死亡者	組合員、被扶養者、組合員であった者（原則、資格喪失後3月以内）	組合員、被扶養者
死亡原因	原則、死亡原因を問わない。	非常災害による場合
公務災害の場合	支給対象とならない。	支給対象となる。
支給対象者	組合員死亡→被扶養者、埋葬者 被扶養者死亡→組合員	組合員死亡→遺族 被扶養者死亡→組合員

2 支給要件

（1）組合員が死亡した場合（埋葬料・埋葬料附加金）

埋葬料は、組合員が公務によらないで死亡したときは、その死亡の当時被扶養者であった者で埋葬を行う者に対し政令で定める金額を埋葬料として支給し（法65条1項）、該当者がいない場合には、実際に埋葬を行った者に対し、規定された埋葬料の金額の範囲内で、埋葬に要した費用に相当する金額を支給します。（法65条2項）

「被扶養者であった者で埋葬を行う者」とは、被扶養者であった者で社会通念上埋葬を行うべき者として取り扱う（運用方針法65条関係）ため、実際に行うかどうかは問いません。

「埋葬を行った者」は、本人との関係を問わず実際に埋葬を行った者をいいます。（運用方針法65条関係）

被扶養者がいる場合には、被扶養者のうち社会通念上埋葬を行うべき者（埋葬の有無は問いません。）に対して支給し、被扶養者がいない場合には、実際に埋葬を行った者に対して支給することとなります。

また、組合員であった者が退職後3月以内に死亡したときも同様に埋葬料を支給します。ただし、退職後死亡するまでの間に他の被用者保険（健康保険、共済組合、私学共済又は

船員保険) の資格を取得したときは、支給しません。(法66条)

任意継続被保険者についても資格喪失した日から起算して3月以内に死亡したとき、同様に埋葬料を支給します。(令50条)

埋葬料附加金は、埋葬料が支給される場合にこれに附加して支給されます。(定款36条の5)

(2) 被扶養者が死亡した場合 (家族埋葬料・家族埋葬料附加金)

家族埋葬料は、被扶養者が死亡したときに、組合員に対して支給します。(法65条3項)

家族埋葬料附加金は、家族埋葬料が支給される場合に、これに附加して支給します。

(定款36条の6)

組合員以外の者が埋葬を行った場合でも、組合員以外の者へは支給しません。

死産児は支給対象とはなりませんが、生児が出産後間もなく死亡した場合(医師の出産証明及び死亡診断書がある場合)には支給します。

また、他の共済組合や健康保険の資格を喪失した後に、当組合の被扶養者となった場合で、他の共済組合や健康保険からこれに相当する給付を受けることができるときは、給付を行いません。ただし、他の共済組合や健康保険からこれに相当する給付を受ける権利を放棄した旨が明らかである場合には支給することができます。(運用方針法63~66条関係)

3 支給額

(1) 支給額

給付の種類	支給額	死亡した者	申請・受給者
埋葬料	50,000 円 (令 23 条の 5)	組合員	被扶養者又は 実際に埋葬した者
埋葬料附加金	50,000 円 (定款 36 条の 5)		
家族埋葬料	50,000 円 (令 23 条の 5)	被扶養者	組合員
家族埋葬料附加金	50,000 円 (定款 36 条の 6)		

(2) 被扶養者以外に対する埋葬料及び埋葬料附加金の支給額

埋葬料の支給を受けるべき被扶養者がいない場合には、埋葬を行った者に対し、上記(1)の支給額の範囲内で、埋葬に要した費用に相当する金額を支給します。(法 65 条 2 項)

なお、ここでいう「埋葬に要した費用」とは、埋葬に直接要した実費とし、靈柩代又は靈柩の借料、靈柩の運搬費、葬式の際ににおける僧侶に対する謝礼、靈前供物代又は入院患者が死亡した場合に病院から自宅まで移送する費用等を含みます。(運用方針法 65 条関係 2 項 2)

埋葬に要した費用	埋葬料	埋葬料附加金
50,000円以下	埋葬に要した費用	支給しない
50,000円超 100,000円未満	50,000円	埋葬に要した費用-50,000円
100,000円以上	50,000円	50,000円

4 請求書類

(1) 組合員又は被扶養者が請求する場合

- ① 組合員の死亡の場合には埋葬料・埋葬料附加金請求書、被扶養者の死亡の場合には家族埋葬料・家族埋葬料附加金請求書
- ② 「埋葬許可証」又は「火葬許可証」の写し（やむを得ない理由がある場合には、その他の死亡の事実を証明する書類）

(2) 被扶養者以外の者が埋葬料・埋葬料附加金を請求する場合

上記（1）の書類に加えて、死亡した組合員にかかる埋葬に要したこと及びその金額が確認できる領収書、明細書などの書類

このうち、葬儀の際ににおける僧侶等への謝礼など領収書の受領が困難と考えられるものについては、埋葬を行った者の申立書を添付させることで代わりとすることも可能です。

6-7 事故等にあった場合の給付

1 概要

交通事故、暴行等、ケガの原因が第三者の行為による場合は、自費診療で治療し、加害者である第三者が医療費の負担をするなど、当事者間で解決するのが原則となっています。

しかし、組合員に過失があり第三者と自費診療の合意が得られない場合がありますので、公務上や通勤途上ではないことを前提に、事前に必要な手続きをすればマイナ保険証等を使用して治療を受けられることが認められています。

マイナ保険証等を使用する場合、共済組合が本来は必要でない給付を行うことになりますので、給付の価格（共済組合の負担分）を限度に、組合員及び被扶養者が第三者に対して有する損害賠償請求権を取得（代位取得）して求償をします。（法50条1項）

第三者の行為によって傷害を負った場合は、すみやかに共済組合へ届けることが必要です。受給権者（組合員または被扶養者）が損害賠償を受けたとき、示談等によって損害賠償の請求権を放棄したとき又は時効で請求権が消滅したときは、共済組合は損害賠償の請求権を代位取得できなくなります。このように、共済組合の給付後に損害賠償が行われていることが判明した場合は、組合員へ医療費の返還請求を行うため注意が必要です。

2 代位取得

（1）意義

第三者の不法行為で生じたケガの治療費等について、被害者は加害者に対して損害賠償の請求権を持つことになります。この場合、マイナ保険証等を使用し共済組合から給付を受け、さらに同一事由について第三者から損害賠償を受けるとなれば、損害が二重に填補されることになり、逆に組合からの給付だけを受けて損害賠償の請求を行わないとすれば、加害者たる第三者が不当に損害賠償の義務を免れることとなります。

このように共済組合の損失で、組合員又は第三者が不当に利益を受けるという不合理を是正し、組合、組合員及び第三者の間の事後的調整を図ることが必要ですので、共済組合が代位取得するものです。

（2）要件

共済組合が損害賠償の代位取得するためには、以下の①～③の要件が必要となります。

- ① 給付事由が第三者によって生じたこと。
- ② 共済組合が給付事由に対し給付を行ったこと。
- ③ 受給権者が第三者に対して損害賠償の請求権を有していること。

（3）代位取得の範囲

共済組合が代位取得するのは、給付の価格の限度（共済組合の負担分）で、これには法定給付のほか附加給付も含まれます。

また、受給権者が第三者に対して有する損害賠償の請求権には給付と関連のない部分を

含んでいる場合がありますが、この部分については組合の代位取得の対象とはなりません。

代位取得の対象となるものとそれ以外の例は以下のとおりですが、代位取得の対象となるものであっても受給権者が加害者から給付を受けることがある場合にはこの限りではありません。

①代位取得の対象となるもの

- ・保健給付（附加給付部分を含む）

療養の給付、入院時食事療養費、入院時生活療養費、保険外併用療養費、療養費、訪問看護療養費、移送費、家族療養費、家族訪問看護療養費、家族移送費、高額療養費、高額介護合算療養費、埋葬料、家族埋葬料

- ・休業給付（附加給付部分を含む）

傷病手当金、休業手当金、介護休業手当金

②代位取得の対象とならないもの

- ・災害給付等（附加給付部分を含む）

弔慰金、家族弔慰金、災害見舞金

（4）損害賠償請求権の移転

損害賠償請求権は、上記（2）要件を満たす場合、給付の都度、給付の価格の限度で受給権者から共済組合へ当然に移転することとなります。

したがって共済組合が給付を行った後は、受給権者が当該部分について勝手に免除することも、加害者から当該部分の債務の履行を受けないようにすることもできません。

例えば、給付の後において組合員と第三者の間で損害賠償債務の全部を免除する示談をした場合でも、共済組合が給付に価格の限度で既に獲得している部分については、示談の効力が及ばないことがあります。

（5）求償の相手方

共済組合が代位取得した場合の求償の相手方は、通常は直接の加害者ですが、そのほかに、加害者が責任無能力である場合の監督義務者（民法714条）、加害者が使用者である場合のその使用主で使用者責任を負うもの（民法715条）、自動車損害賠償責任保険の保険者である損害保険会社等が求償行使の相手方となる場合があります。

（6）給付

共済組合は、受給権者が第三者からの同一の事由について損害賠償を受けたときは、その価格の限度で、給付しないことができます。（法50条2項）

3 示談の取り扱い

第三者の加害行為における問題を解決するため、多くは裁判上の手続きによることなく、当事者間の話し合いによる示談が行われていますが、示談は一度成立すれば特別な事情がな

い限り話し合いによってその内容を変更することはできません。(民法第695条)。このため、慎重に行うことが重要です。

受給権者が損害賠償請求権の全部又は一部を放棄した場合には、その限度において共済組合は給付を行わないものとされています。したがって、受給権者と第三者の間に示談が成立した場合、第三者に対して損害賠償の請求することができませんので、共済組合はその限度において受給権者に対する給付をおこなわないものとし、給付を行った後にその給付が示談成立後になされたことが判明した場合には、既に行った給付について、その給付の価格の限度で不当利得の返還請求ができます。(運用方針法50条関係3)

4 第三者行為の損害賠償請求までの手続き

第三者行為で大半を占める交通事故を例に以下説明します。

(1) 第三者行為による被害にあったとき

- ① 必ず警察に連絡し現場検証のうえ事故証明書をとる。この際、軽傷であっても「人身事故」扱いとしてください。
- ② 加害者(運転者・持ち主)の身元確認(営業車両のときは会社名・代表者名も)と保険の加入状況を確認してください。
- ③ 共済組合へ連絡してください。(事故後1週間以内に必ず通報してください。)
- ④ その場で安易に示談しないでください。

示談により、共済組合が治療に要した費用を加害者に請求できない場合は、治療費を全額被害者である組合員が負担しなければならなくなります。

(2) 提出書類

組合員は、以下の①～⑤の様式については、共済組合ホームページからダウンロードして作成し、⑥の原本を添付のうえ所属所へ提出してください。

所属所は、当該事故が公務上または通勤途上のものでないことを確認のうえ、「通勤による災害に係る補償との調整」法55条2)、共済組合へ提出してください。

- ① 損害賠償申告書
- ② 事故発生状況報告書
- ③ 念書
- ④ 加害者における任意保険会社名届(第三者が任意保険に加入していなければ不要)
- ⑤ 損害賠償申告書に関する状況報告書
- ⑥ 交通事故証明書(原本)

共済組合が損害賠償権を行使(求償)する際に原本が必要となります。

交付は、自動車安全運転センター愛知県事務所(愛知県警察運転免許試験場内、郵送可) 有料(800円) Tel052-805-0625

(3) 共済組合への報告

適切な診療と正確な求償のために、以下の場合も、「損害賠償申告書に関する状況報告書」を共済組合へ提出してください。なお、長期治療や訴訟等で解決が長引く際は、半年に1回以上共済組合へ中間報告をしてください。

- ・治療の都合で医療機関を変更または追加したとき
- ・治癒又は症状固定したとき
- ・第三者と示談をしたとき

5 相手不明の事故・自損事故

ひき逃げや加害者が逃亡した傷害事件といった加害者不明の事故や自損事故については、事前に共済組合へ通報することで、マイナ保険証等を使って治療することができますが、相手不明の事故や自損事故などは、損害賠償請求権が成立しないため共済組合は第三者求償を行えないということとなります。

その他、以下の場合についても自動車損害賠償補償法（自賠法）の対象外となり、同様の扱いとなります。

① 追突事故

信号または前車に従い停車中の車に衝突した場合の事故、道路左側端に沿い法令等に従い駐・停車中の車に追突した場合の事故

② 中央線突破事故

センター線を突破して、対向進行中の車と衝突した場合で相手車に危険の予知の可能性が無く、又避讓措置に遺漏のない事故

③ 交差点事故

青信号に従い正常に進行中の車に、赤信号を無視して交差点に進入し衝突した場合の事故

6 傷病原因調査

(1) 趣旨

共済組合の保健給付の対象とならない公務災害・通勤災害、交通事故などの第三者行為又は給付制限による傷病にかかる医療費等の支出がないかを確認するため、外傷等の傷病については、組合員に対し傷病原因の照会（調査）を行っています。

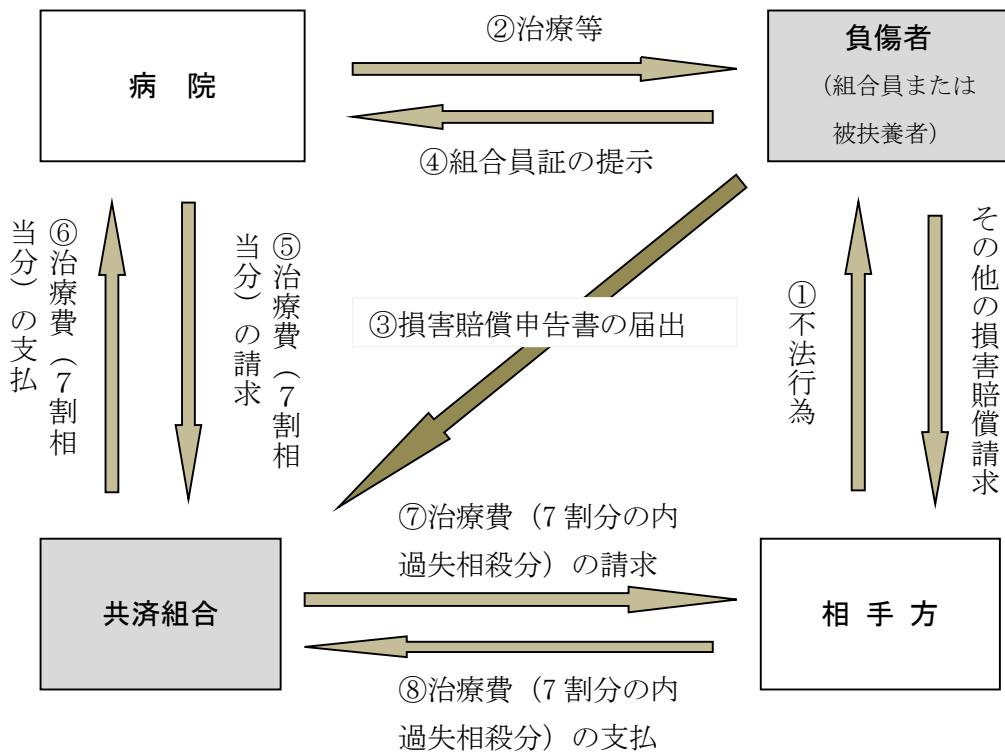
照会対象者は、病院からのレセプトが組合に到着してから抽出を行うため、診療月から概ね3～4カ月後に調査票が作成され、所属所を通じ組合員へ送付されます。

また、回答内容から公務災害や第三者行為にかかる傷病が新たに判明した場合には、回答送付を待たず、すみやかに共済組合へ連絡のうえ、他の手続きや書類提出などの要否の確認を行います。

(2) 調査時期

毎月、対象者がいる所属所に対し調査を依頼します。

《マイナ保険証等を使って交通事故の治療（自己負担3割）をする場合の流れ》



負傷者（組合員または被扶養者）は相手方に損害賠償請求をすることができますが、負傷者がマイナ保険証等を使用して治療等を受けた場合は、本来は相手方が支払うべき治療費等を共済組合が立て替えて負担したことになります。

そこで、負傷者の損害賠償請求権を共済組合に移し（求償権の代位取得）、共済組合が治療等に要した費用の過失相殺分を、相手方の加入する自動車保険会社等に請求して取り戻すことになります。

6－8 公務災害・通勤災害による傷病の場合

1 マイナ保険証等は使用不可

共済組合は、公務によらない病気又は負傷について療養の給付を行う（法56条1項）ため、給付の原因である事故が公務又は通勤による災害である場合は、共済組合のマイナ保険証等は医療機関等で使用することはできず、地方公務員災害補償基金（以下、「基金」といいます。）による補償の対象となります。

交通事故などの第三者行為も共済組合の給付対象外ですが、共済組合に対し必要な手続きをとればマイナ保険証等を使用することができるのに対し、公務災害・通勤災害については、そもそもマイナ保険証等を使用することはできないという点で異なるため注意を要します。

また、傷病手当金、埋葬料、附加給付なども公務災害・通勤災害を原因とする場合には、同様に給付対象外となります。

2 医療機関等で受診する場合

傷病の要因が公務災害又は通勤災害によるものである場合には、共済組合のマイナ保険証等は使用することができず、地方公務員災害補償基金による補償対象となるため、医療機関等で受診等する場合には、公務災害・通勤災害であることを伝え、次のア～ウのいずれかの方法とします。（参照「地方公務員災害補償 事務処理の手引」基金名古屋市支部作成）

- ア 基金が指定した医療機関（指定医療機関）で受診すること。（現物給付となる。）
- イ 指定医療機関以外で受診した場合、医療機関等の了解を得て、療養費を直接基金へ請求してもらうこと。
- ウ 指定医療機関以外で受診し、上記イの了解を得られない場合は、一旦本人が全額を支払い、基金へ療養費の請求を行うこと。

3 マイナ保険証等を誤って使用した場合

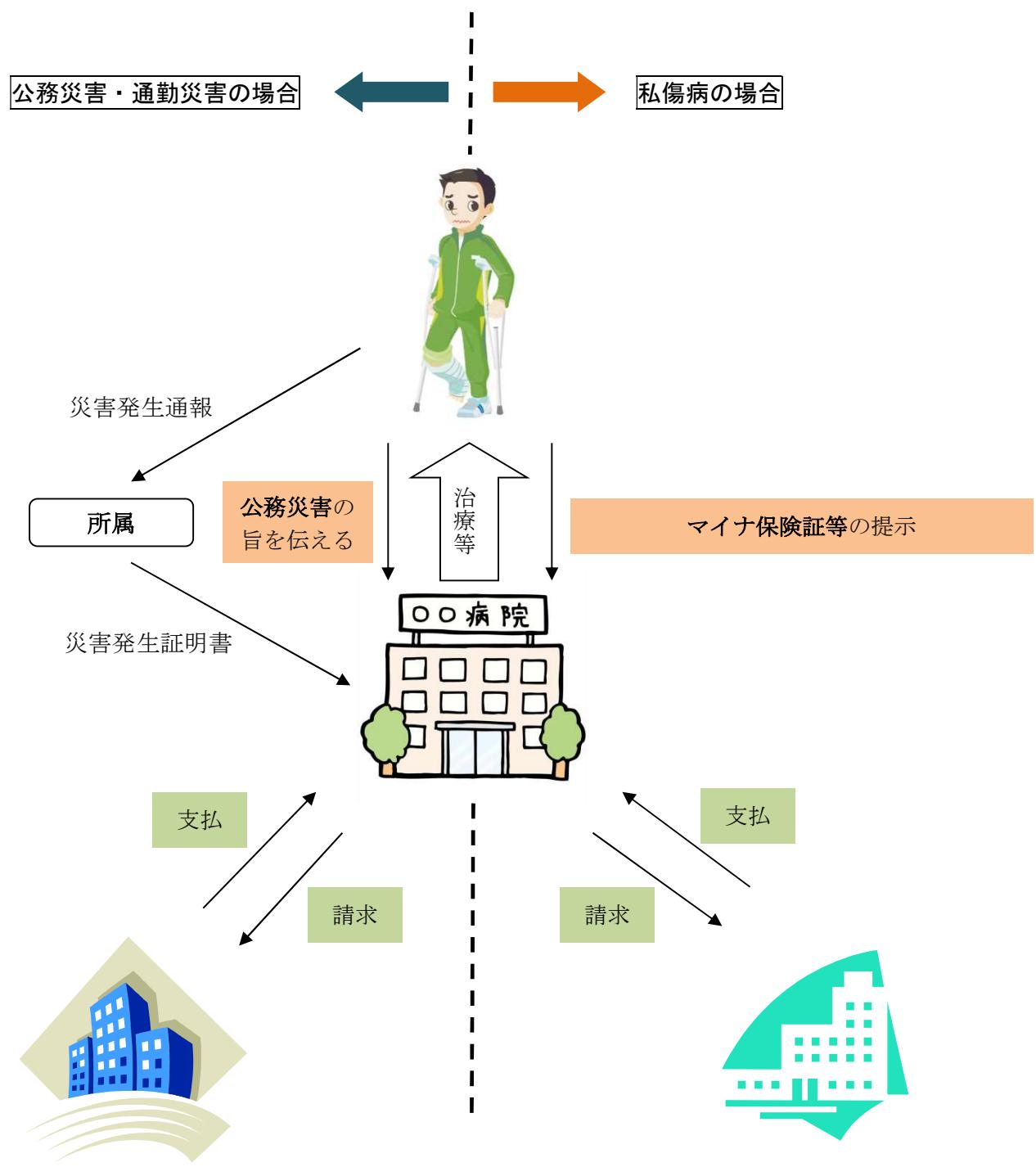
公務災害・通勤災害の傷病について共済組合のマイナ保険証等を誤って使用してしまった場合には、組合員は、医療機関等からの共済組合への請求を取消（返戻）してもらい、マイナ保険証等を使用していなかった状態に戻して、基金への請求（上記2の方法）とします。

日にちの経過等により医療機関等の取消が困難となってしまった場合には、共済組合及び基金へ連絡し、処理方法について確認してください。

4 傷病原因の確認

共済組合からの現金支給を受ける際の請求書には、「傷病の原因」「発病又は負傷の原因」「死亡の原因」などの記載欄がありますが、請求受付時には、これらの記載内容等から公務災害や通勤災害によるものでないか確認を行います。

また、共済組合へ請求のあった医療機関等の受診については、レセプト（請求明細書）の内容から、一定の負傷にかかるものを公務災害や通勤災害等によるものでないかの確認をするため、傷病原因調査を実施しています。



地方公務員災害補償基金名古屋市支部

名古屋市職員共済組合