

(参考)

1 療養補償の請求等に必要な様式及び添付書類の書式

	頁
療養の給付請求書（様式第5号）	36
【記載例】	5
療養補償請求書（様式第6号） 1号紙	37
【記載例】	8・14
療養補償請求書（様式第6号） 2号紙（一般用）	38
〃 3号紙（薬剤費請求用）	39
〃 （柔道整復師施術費用請求用）	40
転医届	41
【記載例】	23
治ゆ報告書	43
【記載例】	27
残存障害診断書	44
補装具証明書	46
歯科補てつ保険外治療証明書	47
マッサージ・はり・きゅう等施術同意書	49
入院室料差額証明書	50
移送費証明書	51
移送費証明書（タクシー用）	52
念書（兼同意書）	54
損害賠償受領届	55

上記に掲げる用紙が必要な場合は、所属又は任命権者の公務災害担当課でもらうか、この様式集をコピーして使ってください。最新版の様式は県支部ホームページからダウンロードすることもできます。

URL: <https://www.pref.kanagawa.jp/docs/s6d/saigaihosyou/yousiki.html>

様式第 5 号

療養の給付請求書				認 定 番 号	
地方公務員災害補償基金 神奈川県 支部長 殿 下記の指定医療機関等における療養の給付を 請求します。			請求年月日 年 月 日 請求者の住所 フリガナ 氏 名		
1 被災職員に関する事項	所属団体名		フリガナ		
	所属部局名		氏 名		
	職 名		<input type="checkbox"/> 常 勤 <input type="checkbox"/> 令第 1 条職員		
			年 月 日生 (歳) 負傷又は発病の年月日 年 月 日		
2 療養を受けようとする指定医療機関等	(新)	名 称			
		所在地			
	(旧)	名 称			
		所在地			
* 受 理		基 金 支 部			
(到達した年月日)		年 月 日			
* 決 定		年 月 日 <input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 不支給		* 通 知 年 月 日	

- 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 「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名称及び所在地を記入し、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名称及び所在地を記入すること。
- 3 年月日の記載には元号を用いる。

療養補償請求書		認 定 番 号													
		請 求 回 数	第 回 (年 月分)												
地方公務員災害補償基金 神奈川県 支部長 殿 下記の療養補償を請求します。		請求年月日 年 月 日													
		請求者の住所 フリガナ 氏 名													
受補償委任費用の	1	この請求書による療養補償の費用の受領を に委任します。 委任者の氏名													
		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)													
関被する職事員に	2	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 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 日間 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 看護士の資格										円			
6	移 送 費	<input type="checkbox"/> 交通費 <input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復 回 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	
送金希望口座等	9	<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		所 属 部 局				任 命 権 者				基 金 支 部					
(到達した年月日)		年 月 日				年 月 日				年 月 日					
* 決 定 金 額		円		* 通 知		年 月 日		* 支 払		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、入院料に食事を含まない場合の食料及び「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	年 年 年	月 月 月	日 日 日																				
初診	時間外・休日・深夜	回	点	診療期間	年 年	月 月	日から 日まで	診療 実日数																				
再診	再診 外来診療料 継続管理加算 外来管理加算 時間外 休日 深夜	× × × × × × ×	回 回 回 回 回 回 回	傷病の経過																								
指導				転帰	年 月 日																							
在宅	往診 夜間 深夜・緊急 住宅患者訪問診療 その他 薬剤	回 回 回 回 回		転帰	治ゆ	継続	転医	中止																				
				摘要																								
投薬	内服 調剤 × 単位 回			労災診療特掲料金を算定する場合は、この欄をご利用ください。 <table border="1"> <thead> <tr> <th>診療内容</th> <th>金額</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>初診</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>再診 回</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>指導 回</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">その他の</td> <td>診断書(税抜)</td> <td>通 円</td> </tr> <tr> <td colspan="2">↳ 診断書料は、年 月 日に本人へ返金済</td> </tr> <tr> <td>救急医療管理加算</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>処方 麻薬 調基</td> <td>× × ×</td> <td>回 回 回</td> <td>小計</td> <td>円</td> </tr> </tbody> </table>					診療内容	金額	初診	円	再診 回	円	指導 回	円	その他の	診断書(税抜)	通 円	↳ 診断書料は、年 月 日に本人へ返金済		救急医療管理加算	円	処方 麻薬 調基	× × ×	回 回 回	小計	円
	診療内容	金額																										
初診	円																											
再診 回	円																											
指導 回	円																											
その他の	診断書(税抜)	通 円																										
	↳ 診断書料は、年 月 日に本人へ返金済																											
	救急医療管理加算	円																										
処方 麻薬 調基	× × ×	回 回 回	小計	円																								
注射	皮下筋肉内 静脈内 その他	回 回 回																										
処置	薬剤	回																										
手術・麻酔	薬剤	回																										
検査	薬剤	回																										
画像診断	薬剤	回																										
その他																												
入院	入院年月日	年 月 日		食事	基準	円 ×	日間																					
	病・診・衣	入院基本料・加算 × 日間 × 日間 × 日間 × 日間 × 日間			円 × 日間 円 × 日間																							
特定入院料・その他				食事	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		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																							
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 { 名称 所在地 医師の氏名																												



*11 調剤費請求明細				(職員氏名)			
処方せんを交付した診療機関の		名 称					
		所 在 地					
担 当 医 氏 名		1.		3.			
		2.		4.			
調 剤 期 間		年 月 日から 年 月 日まで		日間		調剤実日数 日	
医師 番号	処方月日	調剤月日	処 方		調剤 数量	調 剤 報 酬 点 数	
			医 薬 品 名 ・ 規 格 ・ 用 量 ・ 剤 型 ・ 用 法	単 位 薬剤料		薬剤調整料 調剤管理料	薬剤料
	.	.		点		点	点
	.	.					
	.	.					
	.	.					
	.	.					
	.	.					
	.	.					
	.	.					
	.	.					
	.	.					
	.	.					
	.	.					
	.	.					
	.	.					
	.	.					
	.	.					
	.	.					
	.	.					
	.	.					
	.	.					
	.	.					
	.	.					
処 方 せ ん 受 付 回 数		回	摘要				
調剤基本料 (点)		時間外加算等 (点)		指導料 (点)		合計点数	
						点	
						合計金額	
						円	
<p>上記の事項は事実と相違ないことを証明します。</p> <p>(この欄の記入は、調剤に当たった薬剤師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>年 月 日</p> <p>薬局の { 名 称 所 在 地 薬剤師の氏名</p>							

*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	年	月	日	診療期間	年 月 日			診療実日数	日							
								年	月	日									
傷病の経過			診療日		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														
			(○で囲んでください。)																
			転帰	年 月 日															
療養の内訳及び金額	初検料	初検年月日	年	月	日	時頃	時間外・深夜・休日加算					円	千	円					
	再検料	円		指導管理料		回		円											
	往療料	距離 (片道)	km	回	1回	円	夜間・難路・暴風雨雪加算					円							
	整復料 初回処置	病名及び部位		回数		1回の料金	証明書料												
		イ		回		円	特別材料料	円											
		ロ																	
		ハ																	
	後療料	イ		回		円	交換包帯料	円											
		ロ																	
		ハ																	
		ニ																	
	電療料	イ	回	ロ	回	ハ	回	ニ	回										
温あん法料	イ	回	ロ	回	ハ	回	ニ	回											
冷あん法料	イ	回	ロ	回	ハ	回	ニ	回											
その他																			
合 計												千	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、施術に当たった柔道整復師に療養補償の費用の受領を委任する場合には不要です。) 年 月 日 施術所の { 所在地 名 称 柔道整復師の氏名																			

※ 上記の診療費請求明細の記載については、労災の療養の費用請求書等の用紙をもちいて記載し、貼付する形でも結構です。

表

被災職員			所 属		認定番号		
					氏 名		
転 医 前 の 医 療 機 関	医療	名 称				初診年月日	年 月 日
	機関	所在地				電 話	
	公務(通勤)災害の告知の有無		医療機関に公務(通勤)による災害であることを <input type="checkbox"/> 告げた。 <input type="checkbox"/> 告げていない。				
	診 断 書 の 発 行		<input type="checkbox"/> 発行してもらった。(通) 診断書料を <input type="checkbox"/> 支払った。 <input type="checkbox"/> 発行してもらわなかった。 <input type="checkbox"/> 支払わなかった。				
	薬	<input type="checkbox"/> 医療機関で受け取った。		薬局名			
		<input type="checkbox"/> 処方せんにより、薬局で受けとった。			所在地		
		<input type="checkbox"/> 薬なし。			電 話		
	治 療 費	<input type="checkbox"/> 支払っていない。		薬 剤 費	<input type="checkbox"/> 支払っていない。		
		<input type="checkbox"/> 全額を支払った。(健康保険証(共済組合員証)は使用しなかった。) 認定後の返金は(<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可)			<input type="checkbox"/> 全額を支払った。(健康保険証(共済組合員証)は使用しなかった。) 認定後の返金は(<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可)		
		<input type="checkbox"/> 健康保険証(共済組合員証)を使用して自己負担分を支払った。 認定後の返金は(<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可)			<input type="checkbox"/> 健康保険証(共済組合員証)を使用して自己負担分を支払った。 認定後の返金は(<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可)		
<input type="checkbox"/> 預かり金を支払った。(円)		<input type="checkbox"/> 預かり金を支払った。(円)					
<input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> その他 ()					
転 医 後 の 医 療 機 関	医療	名 称				初診年月日	年 月 日
	機関	所在地				電 話	
	公務(通勤)災害の告知の有無		医療機関に公務(通勤)による災害であることを <input type="checkbox"/> 告げた。 <input type="checkbox"/> 告げていない。				
	診 断 書 の 発 行		<input type="checkbox"/> 発行してもらった。(通) 診断書料を <input type="checkbox"/> 支払った。 <input type="checkbox"/> 発行してもらわなかった。 <input type="checkbox"/> 支払わなかった。				
	薬	<input type="checkbox"/> 医療機関で受け取った。		薬局名			
		<input type="checkbox"/> 処方せんにより、薬局で受けとった。			所在地		
		<input type="checkbox"/> 薬なし。			電 話		
	治 療 費	<input type="checkbox"/> 支払っていない。		薬 剤 費	<input type="checkbox"/> 支払っていない。		
		<input type="checkbox"/> 全額を支払った。(健康保険証(共済組合員証)は使用しなかった。) 認定後の返金は(<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可)			<input type="checkbox"/> 全額を支払った。(健康保険証(共済組合員証)は使用しなかった。) 認定後の返金は(<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可)		
		<input type="checkbox"/> 健康保険証(共済組合員証)を使用して自己負担分を支払った。 認定後の返金は(<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可)			<input type="checkbox"/> 健康保険証(共済組合員証)を使用して自己負担分を支払った。 認定後の返金は(<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可)		
<input type="checkbox"/> 預かり金を支払った。(円)		<input type="checkbox"/> 預かり金を支払った。(円)					
<input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> その他 ()					

裏

転医の理由（医師の指示により転医した場合には医師が記入のこと）

医師の証明（医師の指示により転医した場合のみ）

上記の理由により へ転医させたことを証明します。

年 月 日

医療機関の { 所在地
名 称
医師の氏名

（注１）転医した場合には、すみやかに（原則として１週間以内）、この転医届を、所属、任命権者の公務災害担当課を経由して、基金支部に必ず提出してください。

（注２）転医後の医療機関が、**基金の「指定医療機関」**である場合には、初診の際又はその後すみやかに、「療養の給付請求書」（様式第５号）を当該指定医療機関に提出し、「公務（通勤）災害の取扱い」を依頼してください。

（注３）医師の指示によらずに転医するなど、「**妥当な理由がなく転医した場合**」には、転医前の医療機関で行った治療と重複する費用や転医のための交通費が補償されず自己負担となりますので、注意してください。

治 由 報 告 書

治 癒 報 告 書		認 定 番 号	—	示談先行・補償先行
地方公務員災害補償基金神奈川県支部長 殿 さきに公務（通勤）災害の認定を受けた傷病については、 次のとおり治癒しましたので報告します。（注1） 報告年月日 令和 年 月 日		被災職員の所属団体 _____ 所 属 _____ 氏 名 _____		
認 定 傷 病 名				
医療機関（薬局）の受診 状況 受診した全ての医療機関 （薬局）を記入してください。	医 療 機 関（ 薬 局 ） 名	受 診 期 間		
		令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日		
		令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日		
		令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日		
治 癒 年 月 日	令和 年 月 日（原則として、医療機関の最終受診年月日を記入してください。）			
治 癒 の 状 態 （注2） 該当する□に✓印を記入 してください。	<input type="checkbox"/> 完全治癒 <input type="checkbox"/> 症状固定治癒 <input type="checkbox"/> 後遺障害（注3）を残していない。 <input type="checkbox"/> 急性症状消退治癒 <input type="checkbox"/> 後遺障害（注3）を残している。			
◆「後遺障害を残している。」に✓印を記入された場合は、以下の欄に必要事項を記載のうえ、必ず主治医の 「残存障害診断書」（注4）を添付してください。				
①治癒後の症状（痛み、運動不自由、瘢痕・線状痕、歯科ほてつなど具体的に記入してください。）				
②日常生活の状況（起居動作、衣類等の着脱、摂食、読み書きなど具体的に記入してください。）				
＊ 受 理 （到達日）	所 属 部 局	任 命 権 者		基 金 支 部
	年 月 日	年 月 日		年 月 日

- (注1) この報告書に医師の証明は必要ありません。
- (注2) 公務(通勤)災害の「治ゆ」には、「完全治ゆ」だけでなく、「症状固定治ゆ」(もはや医療効果が期待できなくなったとき)や「急性症状消退治ゆ」(素因又は基礎疾患を有していた者が公務(通勤)災害により発病、症状を増悪した場合、急性期の痛み等が消退したとき)も含まれます。
- (注3) 「後遺障害」とは、地方公務員災害補償法施行規則別表第三に定める第1級から第14級までの「障害等級」(「後遺補償のご案内」巻末「障害等級早見表」参照)に該当するものをいいます。なお、「障害等級」に該当するかどうかの判断は、必ず主治医に確認のうえ行ってください。
- (注4) 「残存障害診断書」は「療養補償のご案内」巻末様式を用いてください。ただし、「自動車損害賠償責任保険後遺障害診断書」等類似様式の診断書で代えることもできます。

(R7.1 改正)

②

別紙 4

残 存 障 害 診 断 書

												認定番号			
氏 名						生年月日		年 月 日 (歳)							
被 災 日			年 月 日			治ゆ又は症状固定日		年 月 日 治 ゆ 症状固定							
入院期間			年 月 日から 年 月 日まで () 日間			通院期間		年 月 日から 実治療日数 年 月 日まで () 日							
傷病名		(初診時の症状及び経過)						既存障害		(部位・程度・状況等)					
残 存 障 害 の 内 容															
主訴 又 又は 覚 は 症 状															
他 覚 症 状 及 検 査 結 果															
種類		残 存 障 害 の 程 度 及 び 内 容													
眼 球 の 障 害	視 力	調 節 機 能		視 野 狭 窄 (8方向)											
		裸眼	矯 正	近点・遠点・屈折力等	調 節 力	上	上外	外	外下	下	下内	内	内上		
		左				() D									
	右				() D										
	眼動 球障 運害	1 複視の有無 イ 正面視にて複視を生ずる ロ 左右上下視にて複視を生ずる	2 注の 視広 野さ	左 右 両 眼											
眼障 瞼 の害	※眼瞼・まつ毛の欠損、運動障害														
聴耳 力介 障の 害欠 と損	オーディオメーター検査成績				語音明瞭度検査		人声聴力検査成績								
	左	$a(\quad)+2b(\quad)+2c(\quad)+d(\quad) = \left[\quad \right] \text{db}$				最良明瞭度 %		大 声 話声語	不能・接耳 可能	$\left[\quad \right] \text{cm}$ にて可能					
	右	$a(\quad)+2b(\quad)+2c(\quad)+d(\quad) = \left[\quad \right] \text{db}$				最良明瞭度 %		大 声 話声語	不能・接耳 可能	$\left[\quad \right] \text{cm}$ にて可能					
	※耳鳴の有無及びその程度				※耳介の欠損程度										
鼻障 の害	※鼻軟骨の欠損程度			※鼻の機能障害 (鼻呼吸・嗅覚等について)											
	全部・大部分・一部分														
言 語の 機障 能害	※1 発声機能の完全喪失 2 中枢性失語症…〔運動性・感覚性・その他 () 〕 3 発音機能障害…発音不能語音 (口唇音・歯舌音・口蓋音・喉頭音) 4 その他…						外歯 ば 牙 う の 欠 醜 損 状 障 又 害 は		〔 醜状痕の部位、長さ、大きさ、醜状度等〕 〔 歯牙欠損の歯列程度、補てつの方法等 〕						
そ機 し能 ゃの く障 害	※1 流動食以外は摂取できない 2 粥食程度なら摂取できる 3 ある程度固形食は摂取できるが、これに制限があつて そしゃくが充分でないもの														

(注) 視野の測定は、ゴールドマン型視野計によって下さい。

種 類	残 存 障 害 の 程 度 お よ び 内 容											
てんかん	(てんかんについては、原因、発作の型、発作回数、投薬の有無、内容等具体的に説明して下さい)											
精神・神経・胸腹部臓器 (生殖器・泌尿器)の障害	(障害の内容、就労能力等に及ぼす支障の程度)											
知覚等の障害 切断・	(障害の程度を図示又は説明して下さい)											
脊柱の変形(奇形)及び運動障害	※部位…頸椎・胸椎・腰椎 ※原因…骨折・固定術・ 筋肉拘縮・その他 ()		前 屈	度	後 屈	度	コルセット装用	有(一時的・恒久的)・無				
			左 屈		右 屈		コルセットの種類					
			左回旋		右回旋		その他					
下肢の短縮	左下肢長 cm		短縮の原因				体幹骨長管骨の変形	※部位 イ 裸体となってわかる程度 ロ レントゲン写真でわかる程度				
上・下肢の機能障害 (手指・足指を含む)	右下肢長 cm											
	関 節	運 動	自 動		他 動		関 節	運 動	自 動		他 動	
	部 位	種 類	左 度	右 度	左 度	右 度	部 位	種 類	左 度	右 度	左 度	右 度
備考												
予後所見	(機能回復の見込み、その他参考所見)											
上記のとおり診断いたします。 所在地 名 称 年 月 日 医師氏名												

記入上のご注意

- 1 該当事項に○印をつけ必要事項をご記入下さい。
- 2 ※印欄は自・他覚症状欄又は人体図又は空欄を利用し図示又は説明して下さい。
- 3 聴力障害・視野障害についてはオーディオグラム・視野表を添付して下さい。

補 装 具 証 明 書

所属団体部局		認定番号	—
氏 名			
傷 病 名			
傷 病 の 状 況			
必要とする補装具			
当該補装具を必要とする具体的理由			
備 考			
上記の理由により補装具が必要であることを証明します。			
令和 年 月 日			
医療機関の { 所 在 地			
{ 名 称			
{ 医師の氏名			



歯科補てつ保険外治療証明書

		認定番号	—
所属団体、部局		被災職員氏名	
傷病名			
傷病の状況 程度等			
選択しうる 健康保険の 基準の範囲 内の治療			
	(上記保険適用の治療を選択しない(できない)理由)		
保険外治療 の内容			
当該保険外治療を必要とする具体的理由			
上記の理由により保険外治療が必要であることを証明します。 令和 年 月 日 所在地 医療機関の 名称 歯科医師の氏名			

※裏面の注意点等もご確認ください。

【注意点等】

1 「歯科補てつ保険外治療証明書」について

地方公務員の災害補償制度における療養補償は、公の費用で賄われていることから、その補償対象となる治療の範囲は、健康保険における療養の給付と同様とすることが原則とされております。

健康保険の適用とならない治療を例外的に療養補償の対象と認めることができるのは、その健康保険外の治療しか選択しえない事情にあることが、客観的に明らかな場合のみとされています。

健康保険外の材料により補綴治療を行うことが「望ましい」事例も多く存在するところ、上記のように、療養補償の対象とするためには、健康保険外の材料による補綴治療で「なければならない」ことが求められています。そのため、この治療方法以外の治療を選択されなかった理由について、歯科医師の所見を記載いただくものです（仮に、補綴治療が療養補償の対象と認められない場合には、当該治療費については、被災職員が自己負担することとなります）。

2 「傷病の状況程度等」欄について

本件傷病の症状や破折の程度等詳細をご記載ください。

なお、本件災害発生により、被災職員が元々使用していた健康保険外の補綴物を破損した場合、破損した補綴物等を具体的にご記載ください。

3 「健康保険の基準の範囲内の治療」欄について

本件傷病の治療にあたって、健康保険外の材料による補綴以外に、健康保険が適用される補綴も選択しうる場合は、その方法についてご記載ください。（複数可）

4 「当該保険外治療を必要とする具体的理由」欄について

上記1の内容を踏まえてご記載ください。

なお、一般的な理由（耐久性や審美性等）以外の医学的理由等がございましたら、具体的にご記載ください。

マッサージ・はり・きゅう等施術同意書

所属団体部局		認定番号	—
氏 名			
傷 病 名			
傷 病 の 状 況			
必要な施術 (マッサージ・ はり・きゅう 等)			
当該施術を必要とする具体的理由及び期間			
施術所	所在地 名 称		
備 考			
上記のとおりであることを証明します。 令和 年 月 日 医療機関の { 所在地 名 称 医師の氏名			

入院室料差額証明書

所属団体部局				認定番号	—
氏 名				傷病名	
入 院 期 間	令和 令和	年 年	月 月	日から 日まで	_____日間
上級室・個室 使 用 期 間	令和 令和	年 年	月 月	日から 日まで	_____日間
入院差額室	種別（上級室・個室）				室料差額合計
	収 容 可 能 人 員				円
	1 日 当 たり 室 料 差 額			円	
上級室・個室 を必要とした 具体的理由	症状	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 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 ると認められる場合 ウ 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認められる場合 エ その他特別な事情があると認められる場合 （ ）			
上級室・個室 を必要とした 期 間	令和 令和	年 年	月 月	日から 日まで	_____日間
備 考					
上記のとおりであることを証明します。 <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 20px;">令和 年 月 日</div> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;">医療機関の</div> <div style="font-size: 3em; margin-right: 10px;">{</div> <div style="text-align: center;"> 所 在 地 名 称 医師の氏名 </div> </div> </div>					

移送費証明書

被災職員	所属団体 部 局			認定番号	—											
	住 所				最寄駅											
	氏 名															
	傷 病 名															
医療機関	所 在 地				最寄駅											
	名 称															
診 療 期 間		令和 年 月 日～令和 年 月 日 日間														
通院日	月			月計	日	計 日										
	月			月計	日											
交 通 機 関		<input type="checkbox"/> J R <input type="checkbox"/> 私鉄 (線) <input type="checkbox"/> バス (バス) <input type="checkbox"/> その他 ()														
内 訳	記入例	自 宅 $\frac{(\text{徒 歩})}{(\text{円})}$ A停留所 $\frac{(\text{バ ス})}{(\text{円})}$ B 駅 $\frac{(\text{J R})}{(\text{円})}$ C 駅 $\frac{(\text{徒 歩})}{(\text{円})}$ ○○病院														
	交通機関 利用経路 交 通 費	$\frac{(\quad)}{(\text{円})}$	$\frac{(\quad)}{(\text{円})}$	$\frac{(\quad)}{(\text{円})}$	$\frac{(\quad)}{(\text{円})}$											
交通費合計		<table border="0"> <tr> <td>往復</td> <td>円×</td> <td>日＝</td> <td>円</td> <td rowspan="2">} 計</td> <td rowspan="2">円</td> </tr> <tr> <td>片道</td> <td>円×</td> <td>日＝</td> <td>円</td> </tr> </table>					往復	円×	日＝	円	} 計	円	片道	円×	日＝	円
往復	円×	日＝	円	} 計	円											
片道	円×	日＝	円													
備 考																
<p>上記のとおりであることを証明します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">所属長の { 職 名 氏 名</p>																

表

移送費証明書（タクシー用）

被災職員	所属団体 部 局			認定番号	—	
	住 所				最寄駅	
	氏 名					
	傷 病 名					
医療機関	所 在 地				最寄駅	
	名 称					
診 療 期 間		令和 年 月 日 ～令和 年 月 日 日間				
請求の内容 （請求区分の自一医は自宅と医療機関の間の経路、勤一医は勤務公署と医療機関の間の経路を示していますので、いずれか該当するものを○で囲んでください。）						
通院日	請 求 区 分	請求金額	通院日	請 求 区 分	請求金額	
月 日	自一医・勤一医		月 日	自一医・勤一医		
月 日	自一医・勤一医		月 日	自一医・勤一医		
月 日	自一医・勤一医		月 日	自一医・勤一医		
月 日	自一医・勤一医		月 日	自一医・勤一医		
月 日	自一医・勤一医		月 日	自一医・勤一医		
請求金額合計 円						
備 考						
<p>上記のとおりであることを証明します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>所属長の { 職 名 氏 名</p>						

裏

医 師 の 証 明

タクシー・ハイヤー等を利用して通院しなかった具体的理由及び期間
〔具体的理由〕

〔期 間〕

令和 年 月 日 から
令和 年 月 日 まで

日間

備 考

上記のとおりであることを証明します。

令和 年 月 日

医療機関の

所在地
名 称
医師の氏名

念 書（兼 同 意 書）

災害発生日	年 月 日	災害発生場所	
被災職員氏名		相手方氏名	

- 1 上記災害に関して、基金への補償請求に当たり以下の事項を遵守することを誓約します。
 - (1) 相手方と示談を行おうとする場合は必ず前もって貴職に連絡します。
 - (2) 相手方に白紙委任状を渡しません。
 - (3) 相手方から金品を受けたときは、受領の年月日、内容、金額（評価額）を漏れなく、かつ、遅滞なく貴職に連絡します。
- 2 上記災害に関して、私が地方公務員災害補償法による補償を受けた場合には、私の有する損害賠償請求権及び保険会社等（相手方もしくは私が損害賠償請求できる者が加入する自動車保険・自賠責保険会社（共済）等をいう。以下同じ。）に対する損害賠償請求権を、同法第59条の規定によって基金が補償の価額の限度で取得し、損害賠償金を受領することについては承知しました。
- 3 私が保険金請求権を有する人身傷害補償保険取扱保険会社から保険金を受けようとする場合は、必ず前もって貴職にその内容を申し出ます。
- 4 上記災害に関して、私の個人情報及びこの念書（兼同意書）の取扱いにつき、以下の事項に同意します。
 - (1) 貴職が、私の基金への請求、補償決定及び補償（その見込みを含む。）の状況等について、私が保険金請求権を有する人身障害補償保険取扱保険会社（共済）に対して提供すること。
 - (2) 貴職が、私への基金の補償及び上記2の業務に関して必要な事項（保険会社等から受けた金品の有無及びその金額・内訳（その見込みを含む。）等）について、保険会社等から提供を受けること。
 - (3) 貴職が、私への基金の補償及び上記2の業務に関して必要な事項（補償額の算出基礎となる資料等）について、保険会社等に対して提供すること。
 - (4) この念書（兼同意書）をもって(2)に掲げる事項に対応する保険会社等への同意を含むこと。
 - (5) この念書（兼同意書）を保険会社等へ提示すること。

年 月 日

地方公務員災害補償基金神奈川県支部長 殿

住 所 _____

氏 名 _____

年 月 日

地方公務員災害補償基金神奈川県支部長 殿

補償受給権者（被災職員）

所属団体

所 属

氏 名

認定番号

（補償先行・示談先行）

損 害 賠 償 受 領 届

次のとおり損害賠償の受領をしたので報告します。

災 害 発 生 年 月 日	年 月 日		
治 療 の 状 況	1 治ゆ（ 年 月 日治ゆ） 2 死亡（ 年 月 日死亡）		
後 遺 障 害 の 有 無	1 後遺障害なし 2 後遺障害あり（障害等級 第 級 第 号該当）		
受領した損害賠償の内 訳	損 害 事 由	金 額（円）	備 考
	治 療 費		
	後遺障害の逸失利益		
	死 亡 の 逸 失 利 益		
	葬 祭 費 用		
	休 業 損 害		
	慰 謝 料		
	物 損		
	そ の 他（ ）		
	そ の 他（ ）		
	合 計		
受 領 年 月 日	年 月 日（ 年 月 日示談締結）		
受 領 の 区 分	1 第三者（加害者）等の本人支払い 2 第三者（加害者）の任意保険からの支払い 3 自賠責（強制）保険への被害者請求による支払い 4 その他		

（注） 提出にあたっては、次の書類を必ず添付してください。

- 1 示談書（写）又は免責証書（写）
- 2 損害賠償受領額の内訳書（明細書、計算書等の写し）
- 3 後遺障害ありの場合は、自賠責保険会社から発行された後遺障害等級認定票及び別紙認定理由の写し