

病気・負傷したとき【保険証（資格確認書）を使用したとき】

－請求行為を必要としない給付－

共 済

1 療養の給付・家族療養費

公務によらない病気・負傷（第三者加害の場合は「第三者行為による交通事故等届出について」を参照）は、保険医療機関等に保険証（資格確認書）を提示すれば、保険適用の診察・投薬・処置・入院等の療養の給付又は家族療養費の給付が受けられます。

	義務教育就学前	義務教育就学後～69歳	70歳～74歳 ※1
療養の給付 （組合員）	8割	7割	8割 ※2
家族療養費 （被扶養者）			
一部負担金 （自己負担額）	2割	3割	2割 ※2

入院時の食事療養に係る費用については、次の標準負担額（自己負担額）を除いた額を、共済組合から医療機関へ支払います。

	一般	指定難病患者等	減額対象者※3 （住民税非課税世帯の組合員とその被扶養者）	
標準負担額 （自己負担額）	1食につき 460 円	1食につき 260 円	90日以内の入院	90日を超える入院
			1食につき 210 円	1食につき 160 円

※1 70歳の誕生日の属する月の翌月（誕生日が月の初日であるときは、その日の属する月）から75歳の誕生日の前日までをいいます。75歳以降は後期高齢者医療制度の適用を受けることになります。

オンライン資格確認を受けることができない場合や資格確認書を持っていない場合は「高齢受給者証」を提示する必要があります（該当者がいる場合、70歳になったときに共済組合秋田支部より交付します）。

※2 標準報酬月額が280,000円以上等の場合、一部負担金は3割となります。

※3 減額対象者には「標準負担額減額認定証」を交付しますので、共済組合に申請してください。

<提出書類>

- (1) 「標準負担額減額認定申請書」
- (2) 組合員に係る市区町村民税非課税証明書
- (3) 入院期間を証明できる書類（ただし、入院期間が90日を超える場合のみ）

2 訪問看護療養費・家族訪問看護療養費

組合員又は被扶養者が末期癌・難病・重度の障害等（主治医が認めたもの）により居宅において指定訪問看護事業者から指定訪問看護を受けた場合、訪問看護療養費又は家族訪問看護療養費の給付が受けられます。

	義務教育就学前	義務教育就学後～69歳	70歳～74歳 ※
訪問看護療養費 （組合員）	8割	7割	8割 ※
家族訪問看護療養費 （被扶養者）			
一部負担金 （自己負担額）	2割	3割	2割 ※

※ 上記「1 療養の給付・家族療養費」の※1及び※2を参照のこと。

3 高額療養費

一つの医療機関（入院と外来は別々に計算）で、1か月に支払う一部負担金（自己負担額）が高額療養費算定基準額（自己負担限度額）を超えた場合は、超えた額が高額療養費として支給されます。

（Ａ）70 歳未満

所得区分	高額療養費算定基準額（自己負担限度額）
標準報酬月額 830,000 円以上	252,600 円 + (医療費 - 842,000 円) × 1 % 【多数回該当 140,100 円】
標準報酬月額 530,000 円以上 830,000 円未満	167,400 円 + (医療費 - 558,000 円) × 1 % 【多数回該当 93,000 円】
標準報酬月額 280,000 円以上 530,000 円未満	80,100 円 + (医療費 - 267,000 円) × 1 % 【多数回該当 44,400 円】
標準報酬月額 280,000 円未満	57,600 円 【多数回該当 44,400 円】
住民税非課税	35,400 円 【多数回該当 24,600 円】

（Ｂ）70 歳～74 歳

所得区分	高額療養費算定基準額（自己負担限度額）	
	個人単位（外来のみ）	世帯単位（入院含む）
現役並み所得者 （標準報酬月額 830,000 円以上）	252,600 円 + (医療費 - 842,000 円) × 1 % 【多数回該当 140,100 円】	
現役並み所得者 （標準報酬月額 530,000 円以上 標準報酬月額 830,000 円未満）	167,400 円 + (医療費 - 558,000 円) × 1 % 【多数回該当 93,000 円】	
現役並み所得者 （標準報酬月額 280,000 円以上 標準報酬月額 530,000 円未満）	80,100 円 + (医療費 - 267,000 円) × 1 % 【多数回該当 44,400 円】	
一般所得者 （標準報酬月額 280,000 円未満）	18,000 円 （年間上限 144,000 円）	57,600 円 【多数回該当 44,400 円】
低所得者 （住民税非課税等）	8,000 円	24,600 円又は 15,000 円

また、高額な負担の軽減措置として次の特例が設けられています。

(1) 世帯合算高額療養費

同一世帯（組合員及び被扶養者）で、一つの医療機関（入院と外来は別々に計算）に1か月に支払う一部負担金（自己負担額）が複数あり、その合算額が高額療養費算定基準額（自己負担限度額）を超えた場合は、超えた額が高額療養費として支給されます。ただし、70 歳未満の者は一部負担金（自己負担額）が 21,000 円以上のもののみ合算します。

(2) 多数回該当高額療養費

同一世帯（組合員及び被扶養者）で、直近の 12 か月間に既に 3 回以上高額療養費の支給を受けている（多数回該当）の場合、4 回目からは上記の高額療養費算定基準額（自己負担限度額）のうち、多数回該当の限度額を超えた額が高額療養費として支給されます。

(3) 特定疾病に係る高額療養費

血友病・人工透析治療を伴う慢性腎不全等の、費用が著しく高額な治療を長期にわたって継続しなければならない疾病として厚生労働大臣が定める疾病については、次の高額療養費算定基準額（自己負担限度額）を超えた額が高額療養費として支給されます

所得区分	特定疾病の高額療養費算定基準額（自己負担限度額）
70 歳未満の慢性腎不全の 標準報酬月額 530,000 円以上の者	20,000 円
上記以外の者 現役並所得者	10,000 円

該当する場合は医療機関に「特定疾病療養受療証」を提示する必要がありますので、共済組合に申請してください。

＜提出書類＞

「特定疾病療養受療証申請書」（様式は共済組合へ請求してください。）

(4) 限度額適用認定証

組合員又は被扶養者が診療を受けた場合、医療機関等に「限度額適用認定証」を提示することにより、窓口での支払額（一部負担金（自己負担額））が高額療養費の算定基準額（自己負担限度額）までとなり、窓口での支払額が軽減されます（入院のほか、高額な外来診療を受けるときも「限度額適用認定証」を使用できます。）。

交付を希望する場合は、所属所経由で共済組合に「限度額適用認定申請書」を提出してください。

なお、「限度額適用認定証」を申請しなかった場合は、窓口で一部負担金（自己負担額）を支払い、後日高額療養費分が支給されることとなりますので、最終的な自己負担額は同額となります。

＜提出書類＞

「公立学校共済組合限度額適用認定申請書」

※ 「限度額適用認定証」の発効年月日は入院（診療）開始日の属する月の初日、有効期限は入院（診療）終了日の属する月の末日となります。対象者の診療期間の見込（入院期間や再入院予定、退院前後の高額な外来診療期間等）を考慮のうえ申請してください。最大で1年間の有効期間が設定できます。

※ 組合員が市町村民税非課税となっている場合には、入院時食事療養費負担額についても減額適用を受けることができます。市町村民税が非課税である組合員が限度額適用申請する場合の申請様式については、それ以外の組合員が申請する場合の様式とは異なっていますので、該当する組合員が生じた場合には、担当あてにご連絡ください。様式をお送りします。

※ オンライン資格確認システムを導入済みの医療機関等の窓口でマイナンバーカード（健康保険証の利用登録を行ったもの）を提示し、「限度額情報の表示」に同意することで、「限度額適用認定証」を提示しなくても窓口での支払額が軽減されます。また、マイナ保険証を保有しておらず資格確認書で受診する場合も原則として「限度額適用認定証」は不要です（希望があれば交付します）。

ただし、オンライン資格確認システムを導入していない医療機関で受診される場合は、上記認定証の発行が必要となります。

4 一部負担金払戻金・家族療養費附加金

一つの医療機関（入院と外来は別々に計算）で、1か月に支払う一部負担金（自己負担額）が、高額療養費を支給されてもなお次の基礎控除額を超えた場合は、超えた額が一部負担金払戻金又は家族療養費附加金として支給されます。ただし、入院時食事療養費の標準負担額（自己負担額）は給付対象外です。

対象者	基礎控除額	
		合算高額療養費が支給される場合
上位所得者以外の者 （標準報酬月額530,000円未満）	25,000 円	50,000 円
上位所得者 （標準報酬月額530,000円以上）	50,000 円	100,000 円



5 医療補助金

会員及び扶養親族（互助会の扶養親族＝共済組合の被扶養者、以下「被扶養者」という）が、負傷又は病気のため療養を受けたとき、医療補助金が支給されます。

＜支給額＞

療養に要した 1 か月分を単位とした額から、共済組合法等の一部負担金払戻金・家族療養費（附加金を含む）を差引、更に 4,000 円を控除した額。ただし、その額が 100 円未満の場合は支給されません。

6 入院補助金

会員が入院して療養を受けたとき、入院補助金が支給されます。

＜支給額＞

入院日数 1 日につき 1,000 円が支給されます。

7 家族入院補助金

会員の被扶養者が入院して療養を受けたとき、家族入院補助金が支給されます。

＜支給額＞

入院日数 1 日につき 500 円が支給されます。

病気・負傷したとき【保険証（資格確認書）を使用できなかったとき】

－請求行為を必要とする給付－

共 済

1 療養費・家族療養費

次の理由により療養の費用の全額を支払った場合は、共済組合が必要と認めたときに限り療養費又は家族療養費の支給を受けられます。

療養費又は家族療養費は、療養に要した費用から一部負担金（自己負担額）を控除した金額が支給されます。また、支給基準に該当する場合は、一部負担金払戻金、家族療養費附加金又は高額療養費が支給されます（※１）。

なお、療養に要した費用は、保険診療による換算又は一定の基準により計算されますので、実際に支払った金額と異なることがあります。

	義務教育就学前	義務教育就学後～69歳	70歳～74歳 ※2
療養費 (組合員)	8割	7割	8割 ※2
家族療養費 (被扶養者)			
一部負担金 (自己負担額)	2割	3割	2割 ※2

※１ 「病気・負傷したとき【保険証（資格確認書）を使用したとき】」の「2 一部負担金払戻金・家族療養費附加金」及び「4 高額療養費」を参照のこと。

※２ 「病気・負傷したとき【保険証（資格確認書）を使用したとき】」の「1 療養の給付・家族療養費」の※１及び※２を参照のこと。

(1) 保険医療機関以外の医療機関で診療を受けた場合

スキー場で受傷し、周辺に保険医療機関が無い場合、やむを得ず保険医療機関以外の医療機関で治療を受けたときなど。

＜提出書類＞

「療養費・家族療養費請求書」

「診療報酬領収済明細書」

(2) 突発的な事故や旅行中の傷病などで保険証等を持参しなかった場合

＜提出書類＞

「療養費・家族療養費請求書」

「診療報酬領収済明細書」

(3) 遑って資格認定を受けた場合や、資格があるにもかかわらず誤って前の医療保険証を使用し、その後医療費の全額を当該医療保険に返還した場合

＜提出書類＞

「療養費・家族療養費請求書」

「診療報酬明細書」（当該医療保険が直接共済組合に送付済みの場合は不要です。）

医療費の全額を当該医療保険に返還したことが確認できる書類

(4) 輸血に際して生血を求めた場合（親族からの提供は対象外です。）

＜提出書類＞

「療養費・家族療養費請求書」

「医師の同意書」

「領収書」

(5) 治療上必要なコルセット等の支給を受けた場合

医師が治療のために治療用装具の装着が必要と認める場合には、業者に作らせた関節用装具、コルセット、サポーター等の直接的な治療効果が認められる治療用装具※1が対象となります。

「療養費・家族療養費請求書」※

「領收書」

※１ 治療用装具は、傷病の治療の過程において必要とする場合に認められるものであるので、次に掲げるものは支給対象となりません。

○ 補聴器

○ 胃下垂体・脱腸帯

○ 義指

○ 松葉杖（医療機関において貸与されるものが原則であるので給付の対象外であるが、例外的に医療機関に備付がなくて療養の目的をもって患者が購入した場合は支給対象となります。）

○ 腰部固定帶

○ 血糖自己測定

○ 鎖骨バンド（既

○ 膝間接固定帶（二一）

○ 両下肢不全麻痺（先天性こ）

○ 直腸切断術後のコロクリン（洗腸用機械）

○ 腰椎椎間板ヘルニア症のための仙腸装具軟性骨盤牽引バンドー式、マックスベルト

○ 自宅における酸素吸入用ポンプ

○ 車いす（電動を含む。）

○ 静脈瘤治療用ストッキング

○ 座位保持装置

(6) 海外滞在中に病気やけがで診療を受けた場合

＜提出書類＞

「診療内容明細書」（表面：現地担当医記入用、裏面：日本語訳）

「領收明細書」()

「領收書」

「海外へ渡航した事実を証する証明」（航空券、パスポート等）の写し

「同意書」

※ 診療を受けた国名、傷病名、入院・外来別の診療日数、支払金額等を明記して請求してください。

※ 必ず日本語訳を添付してください。

(7) あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師等に関する法律に基づく有資格者により、特定の症状について医師の同意を得て施術を受けた場合

ア あん摩マッサージ指圧師

筋麻痺や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医師の同意を得たものが対象となります。ただし、漫然と施術を受けている場合は給付対象外です。

イ はり・きゅう

神経痛・リウマチ・頸腕症候群・五十肩・腰痛症・頸椎捻挫後遺症等で、医師により適当な治療手段がないと認められ、同意を得たものが対象となります。当該疾病について医師による療養と同時に施術を受けると、その施術は給付対象外となります。

<提出書類>

「療養費・家族療養費請求書」

「療養費支給申請書」

「医師の同意書（診断書・証明書）」

(8) 柔道整復師の施術を受けた場合（請求行為は不要です。）

骨折・ねんざ・打撲・脱臼等により柔道整復師の施術を受けた場合は対象となります（骨折・脱臼については、緊急の場合を除き、あらかじめ医師の同意を得ることが必要です。）。

組合員が療養費の受領を柔道整復師に委任することにより、保険証（資格確認書）を提示して療養の給付を受けるのと同じ扱いになるため（保険医療機関を受診する場合と同じ）、組合員による請求行為は不要です。

2 移送費・家族移送費

組合員又は被扶養者が、療養の給付又は家族療養費にかかる療養を受けるため、病院や診療所に移送された場合において共済組合が必要と認めたとき、移送費又は家族移送費が支給されます。

移送費及び家族移送費の支給要件は、次の(1)～(3)のいずれにも該当すると共済組合が認めた場合です。

- (1) 移送の目的である療養（入院）が保険診療として適切であること。
- (2) 当該療養の原因である負傷・疾病により症状が重篤である者又は重傷者等で歩行不能又は歩行が著しく困難であること。
- (3) 医師の指示による緊急その他やむを得ないものと認められること。

なお、歩行可能か否かは医師の診断に基づく病状によって判断すべきであり、単に病院まで遠距離であるため交通機関を利用した場合は支給の対象とはなりません。

<支給額>

患者の直接的な移送費（運賃）のほか、医師・看護師の付き添いを必要とした場合はそれぞれの運賃・手当・宿泊料、人夫を雇って担架で運んだときはその人夫の賃金・手当・宿泊料も含まれます。

<提出書類>

「移送費・家族移送費請求書」

「移送を必要とする医師の意見書」

「領収書」

3 高額介護合算療養費

組合員又は被扶養者が、医療保険と介護保険の両制度の給付を受けることにより自己負担額が著しく高額になった場合、その自己負担額を世帯単位で合算した額が自己負担限度額を超えた場合、超えた額に医療保険の按分率を乗じた額が支給されます。

計算期間は前年の8月1日からその年の7月31日までの1年間となります。

(1) 支給事務の流れ

- ① 組合員は、介護保険者（市町村）へ「自己負担額証明書」の交付申請書を提出する。
- ② ①の申請を受けた介護保険者は、「自己負担額証明書」を組合員へ交付する。
- ③ ②の「自己負担額証明書」の交付を受けた組合員は、「高額介護合算療養費支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書」（別紙様式）にそれを添付し、公立学校共済組合秋田支部へ提出する。
- ④ ③の申請を受けた支部は、支給額を計算し介護保険者へ通知する。
- ⑤ 支部と介護保険者は支給額を組合員へ通知し、支給する。

(2) 留意事項

- ① 「世帯負担総額」から自己負担限度額を差し引いた額が 500 円以下の場合は支給されません。
- ② 医療に係る自己負担額又は介護に係る自己負担額のいずれかの自己負担額が 0 円である場合は支給されません。
- ③ 医療に係る自己負担額は、高額療養費又は附加給付及び一部負担金払戻金の支給を受けることができる場合には、当該支給額を控除した額となります。

<提出書類>

「高額介護合算療養費支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書」
介護保険者から交付された「自己負担額証明書」



4 療養補助金

会員が病気又は負傷のため、医師が必要と認め、健康保険法等に定める以外の歯科療養を受けたときに支給されます。

<支給額>

療養費の半額。ただし、1 か年（当該年度内）につき 20,000 円を限度とします。