§９　病気になったとき又は負傷したとき

§９の１　マイナ保険証等を使用して診療を受けたとき（請求行為を必要としない給付）

§９の１の（１）　療養の給付・家族療養の給付（法第56条、運用方針第56条関係、法第57条、運用方針第57条関係、運営規則第８条、施行令第23条の３、施行規則第２の３の２、健康保険法第74条）

《共済組合》

１　療養の給付・家族療養の給付

組合員及び被扶養者の病気又は負傷を治療するため、保険医療機関等にマイナ保険証等を提示して次の療養を受けたとき、療養の給付・家族療養の給付をします。ただし、組合員の公務による病気又は負傷は除きます。

（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　保険医療機関等

保険医療機関等とは、次の機関のことです。

（１）公立学校共済組合の直営病院（§22参照）
（２）契約医療機関又は契約薬局
　　公立学校共済組合が契約している他の共済組合の経営する病院等
（３）保険医療機関又は保険薬局
　　健康保険法第63条第３項第１号に規定する保険医療機関又は保険薬局で、都道府県知事が指定をうけた病院、診療所、医院、保険薬局又は訪問看護ステーション

３　保険医療機関等にかかったときの医療費の一部負担（自己負担）割合[注1]

ア　70歳未満の組合員及び被扶養者

標準報酬月額等	組合員	被扶養者	
		未就学を除く	未就学
83万円～	３割	３割	２割
53万円～79万円			
28万円～50万円			
～26万円			
住民税非課税			

イ　70～74歳（高齢受給者[注2]）の組合員及び被扶養者

所得区分	標準報酬月額等	組合員	被扶養者	
			組合員の年齢が70歳以上	組合員の年齢が70歳未満
現役並所得	83万円～	３割	３割	２割
	53万円～79万円			
	28万円～50万円			
一般所得者	～26万円	２割	２割	
低所得者Ⅱ	住民税非課税			
低所得者Ⅰ	住民税非課税で一定所得以下			

注１　一部負担額が高額となる場合については、§９－007～009頁参照

注２　高齢受給者については、§９－007頁参照

４　療養の給付又は家族療養の給付の対象範囲

（１）病気、負傷の範囲は、健康保険法の取扱いに準ずるものとされており、一般に医師として診療の必要があると認められる病気又は負傷が対象となります。

（２）公務上又は通勤途上に原因する病気若しくは負傷については、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療養補償が行なわれるので給付の対象となりません。

ただし、公務災害又は通勤災害に認定されるまでの間に、マイナ保険証等を使用して治療を受けることはやむを得ません。

（３）第三者の加害行為（交通事故等）に原因する病気又は負傷については、加害者がその責任において損害を償うべきものですから、原則として、給付の対象となりません。

しかし、事故の状況によっては、マイナ保険証等を使用せざるを得ない場合があります。§９－021頁の交通事故等にあったときを参照してください。

５　給付の対象とならない医療費等

次のような医療費等は、共済組合の給付の対象とはなりません。

ア　公務中、通勤途上での病気やけが

イ　交通事故等、第三者の加害行為による病気やけが（§９－021頁参照）

ウ　差額ベッド代

エ　完全看護の実施下において、患者の症状により、又は治療に対する理解が困難な小児患者又は知的障害を有する患者の場合で、医師の許可を得て家族等が付き添ったときの費用

オ　健康診断、人間ドック、予防注射、虫歯の予防措置

カ　正常な出産

キ　経済的な理由による人工妊娠中絶

ク　美容整形手術（けがをした後の処置を除く）

ケ　近視、遠視、斜視等の矯正及び歯の矯正

コ　カイロプラクティス（脊椎矯正療法）、整体

サ　慢性的な肩こり、腰痛等の内科的要因により柔道整復師の施術を受けたとき

シ　その他保険診療の対象とならない医療費

６ 附加給付等（法第54条、法附則第17条、定款第26条、定款附則第10項～第13項）

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

法によって定められた高額療養費とは別に、共済組合が支給する給付金で、組合員の診療に係るものを「一部負担金払戻金」、被扶養者の診療に係るものを「家族療養費附加金」といいます。

請求手続は不要です。原則として、受診月の３～４か月後に自動給付されます。公費負担医療により窓口負担額が全額免除をされたときには給付されません。また、第三者加害行為による受診の場合は給付が制限されます。なお、保険給付の対象とならない医療費等（§９－003頁）や入院時食事療養費の標準負担額は対象になりません。

支給額の計算は次のとおりです。

一部負担金払戻金（家族療養費附加金）※100円未満切り捨て
＝総医療費　－　療養の給付（７～８割分）　－　高額療養費　－　基礎控除額

【基礎控除額】

区分	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（標準報酬月額53万円以上）	50,000円	100,000円
一般所得者（標準報酬月額53万円未満）	25,000円	50,000円

７　任意継続組合員

任意継続組合員については、「組合員」とあるのは「任意継続組合員」と読み替えて適用されます。

《県互助組合》（㊥運営規則第10条及び第17条）

1　医療給付金・家族療養費の給付

共済組合から、療養の給付・家族療養の給付を受けたとき。

（1）組合員の療養等……医療給付金
（2）被扶養者の療養等……家族療養費

2　給付額

次により算定した額（100円未満切捨て）が支給されます。

一般の療養等

（共済組合給付後の自己負担額－2,500円）× $\frac{1}{2}$ ＝ 医療給付金・家族療養費

《共済組合・県互助組合》　共通事項

給付例

1 組合員の場合・外来　（一般所得者・標準報酬月額28万円以上53万円未満）

組合員本人が同一医療機関に１か月に２回通院し、総医療費200,800円かかった場合

200,800円

140,560円 7　割	60,240円 3　割
療養の給付（現物給付）	窓口負担額 60,240円

・共済組合　一部負担金払戻金（25,000円を控除した額）

60,240円－25,000円＝35,200円（100円未満切捨て）

・県互助組合　医療給付金（共済組合給付後の自己負担額から2,500円を控除した額の $\frac{1}{2}$ の額）

（25,040円－2,500円）× $\frac{1}{2}$ ＝11,200円（100円未満切捨て）

・実質自己負担額　60,240円－（35,200円＋11,200円）＝13,840円

2 組合員の場合・外来（上位所得者・標準報酬月額53万円以上83万円未満）

組合員本人が同一医療機関に１か月に２回通院し、総医療費200,800円かかった場合

200,800円

140,560円 7　割	60,240円 3　割
療養の給付（現物給付）	窓口負担額 60,240円

・共済組合　一部負担金払戻金（５０,０００円を控除した額）

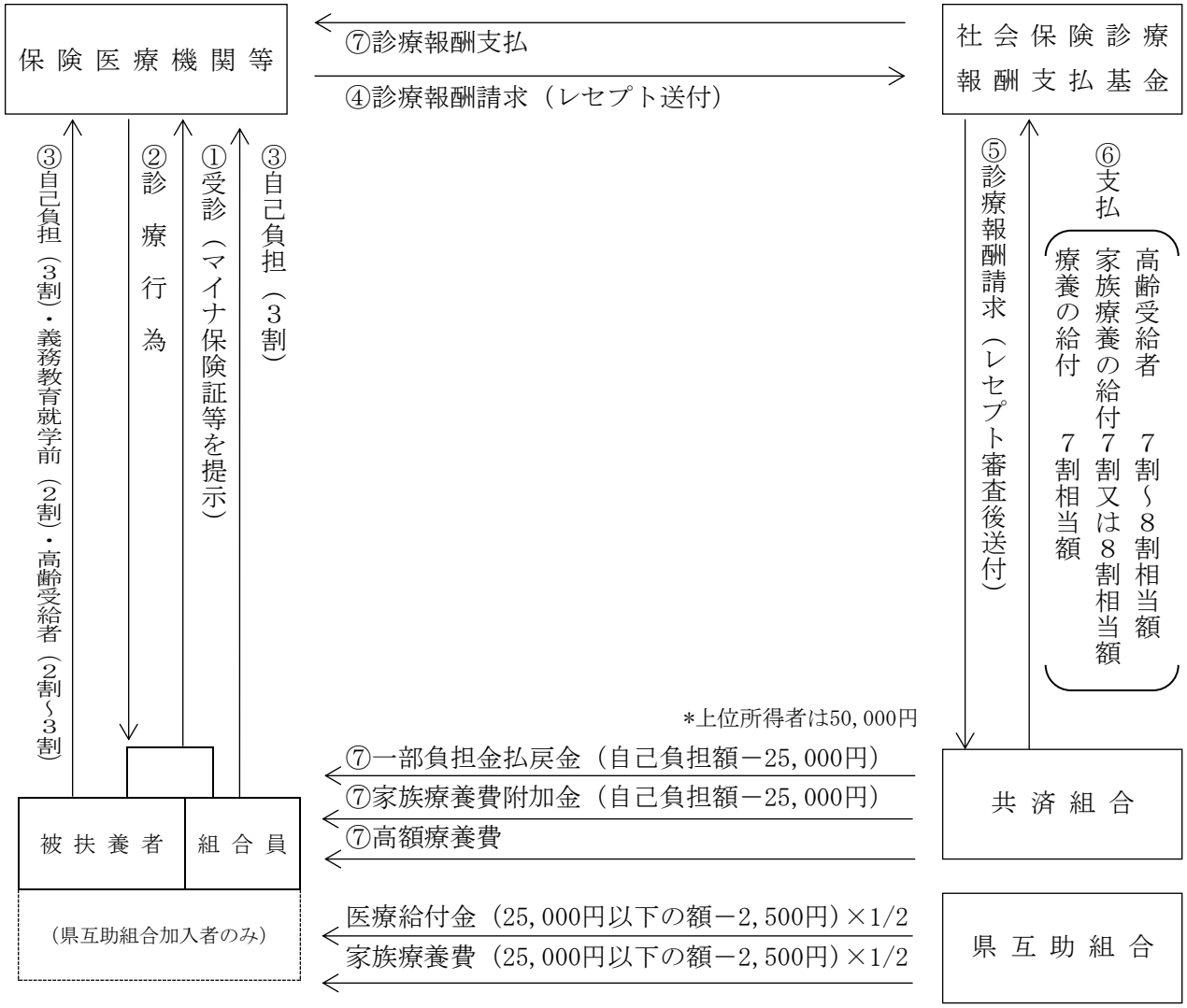
60,240円－50,000円＝10,200円（１００円未満切捨て）

・県互助組合　医療給付金（共済組合給付後の自己負担額から2,500円を控除した額の $\frac{1}{2}$ の額）

（50,040円－2,500円）× $\frac{1}{2}$ ＝23,700円（１００円未満切捨て）

・実質自己負担額　60,240円－（10,200円＋23,700円）＝26,340円

（参考）療養の給付等の事務処理経路は、次のとおりです。



※　保険医療機関等で診療を受けたレセプトは、原則、受診月の２か月後に保険医療機関等から共済組合へ請求されます。

したがって、一部負担金払戻金等の諸給付は、受診月の３～４か月の月末日（金融機関が休日のときは直前の営業日））に組合員の指定口座へ送金します。

§９の１の（２）　訪問看護・家族訪問看護療養費（法第58条の２、法第59条の３）

《共済組合》

１　支給要件

訪問看護・家族訪問看護とは、組合員又は被扶養者が末期癌、難病、重度障害者等（主治医がみとめたもの）により、居宅において指定訪問看護事業者（都道府県知事が指定したもの）から指定訪問看護を受けた場合のことをいいます。

訪問看護療養費、家族訪問看護療養費とは、次の訪問看護（家族訪問看護）療養費の負担割合のことをいい、その費用は共済組合が指定訪問看護事業者へ支払います。

また、組合員及び被扶養者の一部負担金（自己負担額）については、(保険医療機関等にかかったときの医療費の一部負担（自己負担）割合）を参照してください。

§９の１の（３）　入院時食事療養費（法第57条の３、運用方針第57条の２関係）

《共済組合》

１　支給要件

組合員又は被扶養者が病気等により保険医療機関等に入院し、食事療養を受けたとき、法令等で定められた一定額（標準負担額）のみを支払えば、残りの部分は入院時食事療養費（被扶養者は家族療養費）として共済組合が負担し、その費用は共済組合が保険医療機関等へ支払います。

入院時食事療養費　＝　基　準　額　－　食事療養標準負担額
（共済組合が負担）　（法によって定められた額）　（自己負担額）

２　食事療養標準負担額（自己負担額）

入院時に組合員が負担する食事療養標準負担額（自己負担額）は次のとおりです。

区分			令和８年６月１日から
一般（住民税課税世帯）			１食５５０円
低所得者Ⅱ	過去12か月の入院日数	入院日数90日以内	１食２７０円
		入院日数90日以上	１食２２０円
低所得者Ⅰ（所得が一定基準未満の70歳以上の方			１食１３０円

※　組合員の市町村民税が非課税（低所得者）に該当する場合は、標準負担額減額認定の申請が必要です。（§９−011頁参照）

※　低所得者Ⅰとは、組合員が住民税非課税等のとき、かつ世帯全員の所得金額がない等（年金収入80万円以下等）のとき。

§９の１の（４）　高齢者の医療制度

１　高齢受給者

（１）対象者

70歳以上75歳未満の者（ただし、65歳以上の後期高齢者医療制度の対象となる者を除く）

（２）費用の負担

対象となる組合員又は被扶養者が保険医療機関等で診察を受けるときに、マイナ保険証、資格確認書（負担割合が記載されているもの）のいずれかを提示すると、窓口での一部負担（自己負担）割合が２割、一定以上所得者については３割になります。組合員が70歳未満のとき、高齢受給者であるその被扶養者の窓口での一部負担（自己負担）割合は組合員の標準負担月額にかかわらず一律に２割となります（§９－002頁参照）。

（３）適用期間

70歳に達した月の翌月（誕生日が月の初日の場合にはその月）から、75歳の誕生日の前日まで。

２　高齢受給者証の発行

高齢者の医療制度が使用できるのは、70歳に達する日（70歳の誕生日の前日、誕生日が月の初日の者は誕生月）が属する月の翌月からです。対象となる組合員及び被扶養者については、70歳に達する月の下旬に、所属所（任意継続組合員の場合は届け出の住所）へ負担割合の記載された次の書類を送付します。

また、70歳以上75歳未満の組合員が新たに資格取得するときや、被扶養者を新たに認定するときは、その資格取得または認定手続の際に、負担割合の記載された次の書類を送付します。（資格取得または認定手続の際の資格確認書の交付には、組合員からの申請が必要です。）

マイナ保険証	送付する書類
利用可	資格情報のお知らせ
利用不可	資格確認書・資格情報のお知らせ

§９の１の（５）　高額療養費

１　支給要件および支給額（法第62条２、施行令第23条の３の３）

組合員又は被扶養者が同一月に、それぞれ一つの保険医療機関等（通院・入院・歯科・薬剤別）で受けた療養に係る自己負担額が著しく高額であるときは、自己負担額から高額療養費算定基準額（自己負担限度額）を控除した額を、高額療養費として給付します。

請求手続は不要です。原則として、受診月の３か月後に自動給付されます。

なお、保険給付の対象とならない医療費等や、入院時食事療養費・入院時生活療養費の標準負担額は高額療養費の対象になりません。

２　給付額

（１）70歳未満の自己負担限度額　（令和８年８月～令和９年７月受診分）

区分	標準報酬月額等	月額上限 （＜＞は多数回該当の場合[注１]）	年間上限
ア	83万円～	270,300円＋（医療費-901,000）×1% ＜140,100円＞	1,680,000円
イ	53万円～79万円	179,100円＋（医療費-597,000）×1% ＜93,000円＞	1,110,000円
ウ	28万円～50万円	85,800円＋（医療費-286,000）×1% ＜44,400円＞	530,000円
エ	～26万円	61,500円 ＜44,400円＞	530,000円[注３]
オ	住民税非課税	36,900円 ＜24,600円＞	290,000円

（２）70～74歳（高齢受給者）の自己負担限度額（令和８年８月～令和９年７月受診分）

所得区分	標準報酬月額等	月額上限 （＜＞は多数回該当の場合[注１]）		年間上限
		個人単位（外来）	世帯単位（入院含む）	
現役並所得	83万円～	270,300円＋（医療費-901,000）×1% ＜140,100円＞		1,680,000円
	53万円～79万円	179,100円＋（医療費-597,000）×1% ＜93,000円＞		1,110,000円
	28万円～50万円	85,800円＋（医療費-286,000）×1% ＜44,400円＞		530,000円
一般所得者	～26万円[注２]	22,000円	61,500円 ＜44,400円＞	個人：216,000円 世帯：530,000円[注３]
低所得者Ⅱ	住民税非課税	11,000円	25,700円 ＜24,600円＞	個人：　96,000円 世帯：290,000円
低所得者Ⅰ	住民税非課税で 一定所得以下	8,000円	15,700円	180,000円

注１：　組合員及び被扶養者（医療保険上の同一世帯）で過去12か月以内に３月以上の高額療養費の支給を受けている場合、４月目以降からの自己負担限度額が軽減されます。

注２：　世帯収入の合計額が520万円未満（１人世帯の場合は383万円未満）も含みます。

注３：　標準報酬月額が15万円以下であることが確認できた方は、年間上限41万円が適用されます。

＜給付例＞　組合員の標準報酬月額が28万円以上53万円未満（適用区分ウ）の場合

組合員本人が、令和８年８月（注）に30日間入院し、医療費総額100万円の場合

注　令和８年７月以前に入院した場合は、高額療養費、一部負担金払戻金、医療給付金、最終自己負担額の各金額が異なります。

・限度額認定証を使用しなかった場合

<table>
<tr><td rowspan="2">療養の給付７割
700,000円
（共済組合負担額）</td><td colspan="4">300,000円（組合員の窓口負担額）３割</td></tr>
<tr><td>高額療養費
207,060円</td><td>67,900円
（一部負担金払戻金・共済組合）</td><td>11,200円
（医療給付金・県互助）</td><td>13,840円
（最終自己負担額）</td></tr>
</table>

・限度額認定証を使用した場合

<table>
<tr><td colspan="2">912,570円（共済組合負担額）</td><td colspan="3">②92,940円（組合員の窓口負担額）</td></tr>
<tr><td>療養の給付７割
700,000円</td><td>高額療養費
207,060円</td><td>67,900円
（一部負担金払戻金・共済組合）</td><td>11,200円
（医療給付金・県互助）</td><td>13,840円
（最終自己負担額）</td></tr>
</table>

①高額療養の現物給付　　①＋②＝300,000円（３割）

①は、マイナ保険証又は資格確認書・限度額適用認定証を保険医療機関等へ提示することで、窓口での支払いが不要となります（保険医療機関等が共済組合へ直接請求します（高額療養の現物給付））。

②は、マイナ保険証又は資格確認書・限度額適用認定証を使用した時に、組合員が窓口で支払うことになる額です。

※　高額療養費、一部負担金払戻金、医療給付金（県互助）は、受診月から原則３～４か月後に、組合員の口座に振り込まれます。

※　限度額適用認定証については§９－009～011頁を参照してください。

※　入院時食事療養費の標準負担額や差額ベッド代等の保険適用外の費用は自己負担となります。

３　任意継続組合員

任意継続組合員は、「組合員」とあるのは「任意継続組合員」と読み替えて適用されます。

４　限度額適用認定証

（１）発行対象者

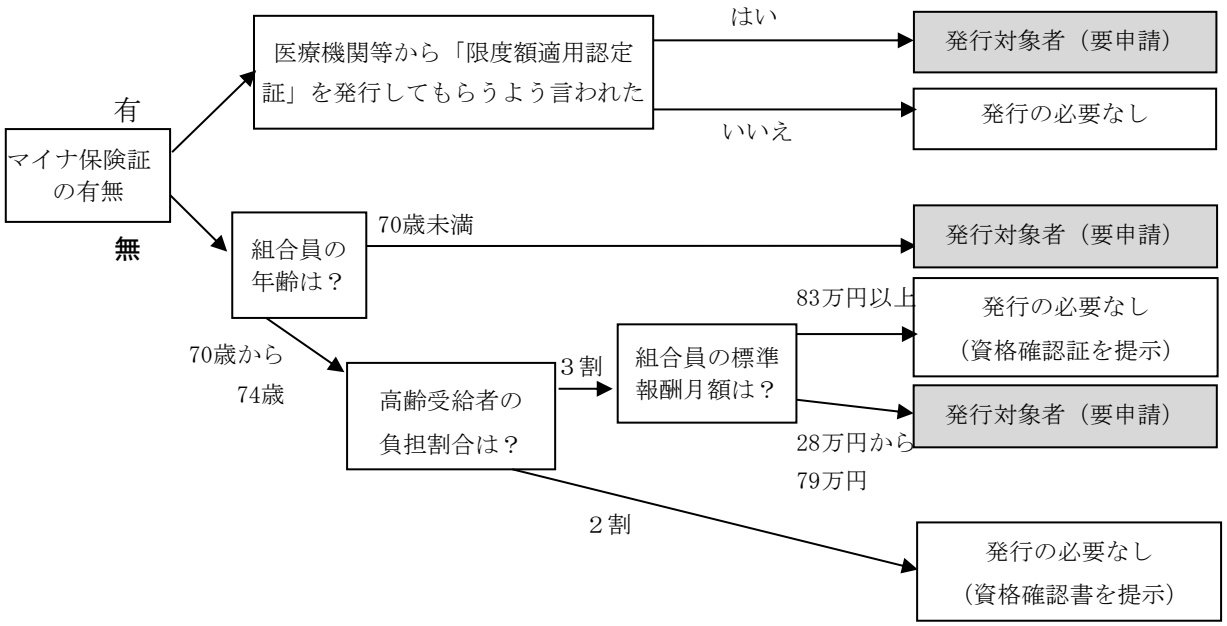
ア　マイナ保険証が利用できるが、医療機関等から「限度額適用認定証」が必要と言われた者

マイナ保険証を利用すると、窓口で「高額療養費」に当たる部分を支払う必要がなく、自己負担限度額まで支払額を引き下げることができますが、医療機関等から「限度額適用認定証」が必要であると言われた者ときは、当支部に交付を申請してください。

イ　マイナ保険証が利用できない者

マイナ保険証が利用できない場合、資格確認書及び「限度額適用認定証」（70歳以上の組合員・被扶養者は原則不要です。）を提示することで、医療機関等の窓口で高額療養費に相当する額を支払わずに済みます。

＜限度額適用認定証の発行対象の確認チャート＞



（２）「限度額適用認定証」の発行について

「限度額適用認定証」が必要となった場合は、「限度額適用認定申請書」（様式集§9-001頁）に必要事項を記入し、所属所経由で共済組合に提出してください。原則、申請書を共済組合で受理した日の属する月の初日から１年間有効な「限度額適用認定証」を発行します。

「限度額適用認定証」は、共済組合に申請書が届いてから組合員に届くまで１週間程度かかります。余裕を持って申請してください。

（３）「限度額適用認定証」の再申請が必要な場合

・有効期限に達した日以降に引き続き「限度額適用認定証」が必要な場合

・給与改定等により、標準報酬月額に変更があった場合

※　適用区分が変更となる標準報酬月額の変更があった場合には、有効期限に達していない場合でも、限度額適用認定証の再度申請が必要となります。

＜限度額適用認定証の区分表記＞

標準報酬月額	組合員が70歳未満のとき	組合員が70歳から74歳のとき
83万円以上	ア	
53万円以上83万円未満	イ	Ⅱ
28万円以上53万円未満	ウ	Ⅰ
28万円未満	エ	
低所得者（※） （市町村民税非課税）	オ	

※　低所得者の認定を受けるためには、「５　限度額適用・標準負担額減額認定証」の手続が必要です。

（４）　「限度額適用認定証」の返却について

次に該当したときは「限度額適用認定証」は返却してください。

① 組合員の資格を喪失したとき

② 被扶養者が認定を取消されたとき

③ 適用区分欄に表示された区分に該当しなくなったとき

（適用対象者が70歳に達する月の翌月に至ったときを含む）

④ 「限度額適用認定証」の有効期限に達したとき又は退院等により有効期限前に、「限度額適用認定証」が不要になったとき

⑤ 適用対象者が後期高齢者医療制度の被保険者となったとき（75歳以上又は65歳以上75歳未満で一定の障害について広域連合の認定を受けた者）

５　限度額適用・標準負担額減額認定証

組合員の市町村民税が非課税（低所得者）に該当する場合は、入院時食事療養費の標準負担額の減額認定申請手続ができます（§９-006頁参照）。

なお、入院されている方が被扶養者であった場合でも、組合員の市町村民税が非課税（低所得者）に該当することが必要です。

該当する人は、次の書類を提出し共済組合の認定を受けてください。共済組合が認定したときは、「標準負担額減額認定証」を交付しますので保険医療機関等に提示してください。

申請手続

（１）「標準負担額減額認定申請書」（様式集§9-003頁）

（２）当該年度（申請月が４月から７月にあっては前年度）の市町村民税非課税証明書

（３）入院期間が90日を超える場合は、入院期間が証明できる書類

※　食事療養に係る標準負担額は、高額療養費、一部負担金払戻金、家族療養費附加金の支給対象とはなりません。

§９の１の（６）　特定疾病に係る高額療養費

１　支給要件

特定疾病とは、費用が著しく高額な治療を長期間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た次の疾病をいいます。

ア　人工腎臓（人工透析治療）を実施している慢性腎不全

イ　血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固Ⅷ因子障害及び先天性血液凝固第Ⅸ因子障害（血友病）

ウ　抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群（ＨＩＶ感染を含み、厚生労働大臣が定めるものに限る。）

特定疾病に係る療養を受けるときは、共済組合の認定を受け「特定疾病療養受療証」の交付を受けることが必要です。

特定疾病に係る高額療養費とは、同一月に一つの保険医療機関等で療養に係る費用が10,000円以上の場合、10,000円を控除した額のことをいい、この費用は共済組合が保険医療機関等へ支払います。

２　一部負担金

（１）　上記１アに該当する場合、標準報酬月額により一部負担金の額が異なります。

上位所得者 （標準報酬月額が530,000円以上）	一　　般 （標準報酬月額が530,000円未満）
20,000円	10,000円

（２）　上記１イまたはウに該当する場合、同一月に一つの保険医療機関等で療養に係る費用のうち10,000円までとなります。

３　特定疾病の療養を受ける場合の認定手続

（１）　「特定疾病療養認定申請書」（様式集§9-004頁）に医師の証明等（証明印必要）を受けて、所属所長を経由して共済組合へ提出してください。認定と同時に特定疾病療養受療証が交付されます。

（２）　特定疾病療養受療証の交付を受けた組合員が任意継続組合員となった場合には、新たに特定疾病療養受療証を交付します。この場合、元の特定疾病療養受療証は所属所へ返納してください。

（３）　特定疾病療養受療証は、療養が終ったとき、組合員資格を喪失したとき若しくは被扶養者でなくなったとき又は後期高齢者医療制度の適用となったときは、共済組合へ返納してください。

４　任意継続組合員

任意継続組合員は、「組合員」とあるのは、「任意継続組合員」と読み替えて適用されます。

§９の１の（７）　保険外併用療養費の給付

１　支給要件

現在の医療保険制度では、一連の診察の中に保険が適用されない技術・医薬費・医療機器等が含まれると、原則としてその診療全体が保険給付外となり全額自己負担となります。ただし、保険医療機関等で下表の厚生労働大臣の定める評価療養又は選定療養を受けた場合に、療養の基礎的な部分（通常療養の給付と変わらない範囲）の療養等に対して保険適用が認められます。この保険適用が認められる部分を「保険外併用療養費」といいます（一部負担（自己負担）割合は§９-002頁参照）。

（１）評価療養
- 先進医療
- 医薬品、医療機器、再生医療等製品の治験に係る診療
- 薬事法承認後で保険収載前の医薬品、医療機器、再生医療等製品の使用
- 薬価基準収載医薬品の適応外使用
  （用法・用量・効能・効果の一部変更の承認申請がなされたもの）
- 保険適用医療機器、再生医療等製品の適応外使用
  （使用目的・効能・効果等の一部変更の承認申請がなされたもの）
- プログラム医療機器の使用
  （薬事の第一段階承認後のもの、チャレンジ申請で再評価を目指すもの）

（２）患者申出療養

（３）選定療養
- 特別の療養環境（差額ベッド）
- 歯科の金合金等
- 金属床総義歯
- 予約診療
- 時間外診療
- 大病院の初診
- 大病院の再診
- 小児う蝕の指導管理
- 180日以上の入院
- 制限回数を超える医療行為
- 水晶体再建に使用する多焦点眼内レンズ
- 保険適用期間終了後のプログラム医療機器
- 間歇スキャン式持続血糖測定器
- 精子の凍結及び融解
- 長期収載品

２　一部負担金（自己負担額）

一部負担金（自己負担額）については、§９の１の（１）療養の給付・家族療養の給付、§９の１の(５)高額療養費と同様に、給付の範囲内で共済組合及び県互助組合から給付があります。

§９の１の（８）　柔道整復師（接骨院）の施術を受けたとき

１　支給要件

組合員又は被扶養者が骨折、脱臼、打撲、捻挫等（※）について、マイナ保険証等を提示して柔道整復師による施術を受けたとき、その療養に要した費用のうち次の負担割合の療養費・家族療養の給付を共済組合が柔道整復師会へ支払います。

また、組合員及び被扶養者の一部負担金（自己負担額）については、§９-002頁の保険医療機関等にかかったときの医療費の一部負担（自己負担）割合を参照してください。

※　急性または亜急性（急性に準ずる）による症状の場合のみ。骨折及び脱臼については、応急手当の場合を除き、医師の同意が必要です。

２　一部負担金（自己負担額）

一部負担金（自己負担額）については、§９の１の(１)療養の給付・家族療養の給付、§９の１の(５)高額療養費と同様に、給付の範囲内で共済組合及び県互助組合から給付があります。

３　任意継続組合員

任意継続組合員は、「組合員」とあるのは「任意継続組合員」と読み替えて適用されます。

§９の１の（９）　他の法令による療養との調整

公費負担医療費助成制度

国及び地方公共団体（以下「地方公共団体等」といいます。）は、法律または条例等により、原爆医療・公害疾病・結核・精神障害・身体障害・特定疾患・ひとり親・乳幼児等について、様々な医療制度（以下「公費負担医療」といいます。）を実施しています。（乳幼児等医療費助成制度については、§７の10　被扶養者について乳幼児等医療費受給者証の交付を受けたときを参照。）

具体的な助成内容や申請方法などは、居住地の区市町村等へお問い合わせください。

また、組合員又は被扶養者が、この公費負担医療を受けている場合は、窓口負担額の全額又は一部を地方公共団体等が助成するため、共済組合では、**公費負担医療と給付の調整を行い、重複支給を避ける必要があります。次の場合には「公費負担医療費助成制度届出書」（様式集§9-039頁）に必要事項を記入し、共済組合に提出してください。**

（１）公費負担医療を受けることが決定した場合

（２）公費負担医療の内容が変更となった場合（実施機関、一部負担金限度額が変更になった等）

（３）公費負担医療の認定が中止または期間満了等により終了した場合

§９の２　マイナ保険証等の使用ができなかったとき　（請求行為を必要とする給付）

§９の２の（１）　療養費・家族療養費（法第58条、運用方針第58条関係）

組合員又は被扶養者が、次の理由によりマイナ保険証等を使用できず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（被扶養者にあっては家族療養費）として給付を受けられます。支給額は、保険診療による換算、または一定の基準により計算されますので実際の支払額と異なることがあります。

ア　診療等の費用を全額支払ったとき

（ア）　支給要件

a　受傷したとき、周辺に保険医療機関等がないため、やむを得ず保険医療機関等以外の医療機関で治療を受けたとき。

b　やむを得ない事情で、マイナ保険証等を持っていなかった場合。

c　資格認定期間中に、病気やケガをしたとき。

（イ）　支給額

健康保険法の療養に要する費用の額の算定方法で定められた診療報酬点数表により算定した額とします。

（ウ）　提出書類

a　療養費・家族療養費請求書（様式第61号・様式集§9-006頁）　１部

b　領収書（原本）　１部

c　診療報酬明細書（レセプト）　１部

診療報酬明細書（レセプト）は会計の際に渡される「診療明細書」とは異なり、保険医療機関等に依頼して交付される書類です。保険医療機関等から交付されたものを、写し等は取らずにそのまま提出してください。

※　上記ｂ及びｃが提出できない時は、療養の内容に応じた診療報酬領収済明細書（様式集§9-011～013頁）の作成を保険医療機関等に依頼し、共済組合に提出してください。

イ　国外で療養を受けたとき

（ア）　国外で療養を受けた場合、療養費等は国内における健康保険の例により算定されます。

（イ）　提出書類

a　療養費・家族療養費請求書（様式第61号・様式集§9-006頁）　１部

b　国外用診療内容明細書（様式集§9-014～015（歯科以外）、020～021頁（歯科））１部

c　領収明細書（様式集§9-018～019頁）　１部

d　領収書（原本）　１部

e　海外に渡航した事実を証する書類の写し（パスポート、航空券などの写し）　１部

f　調査に関わる同意書（様式集§9-022頁）　１部

（ウ）　請求上の注意

a　外国に旅行する場合は、事前に「国外用診療内容明細書」「領収明細書」を持参してください。

なお、国によってはこの明細書が使用できないこともありますが、その場合には診療内容のわかる明細書等を添付してください。

b　請求書の添付書類が、外国語で記載されている場合は、日本語の翻訳文書を添付してください。翻訳文書には、翻訳者の氏名及び住所並びに電話番号を記入してください。

ウ　治療用装具を購入したとき

（ア）　支給対象

治療上必要な治療用装具（関節用装具、コルセット、サポーター等）の装着を医師が必要と認め、製作業者に作成させた治療用装具の購入

（イ）　支給額

障害者自立支援法に基づく「補装具の種目、購入又は修理に要する費用の額の算定等に関する基準」に定められた装具の価格を基準として共済組合が算定した額とします。

（ウ）　提出書類

a　療養費・家族療養費請求書（様式第61号・様式集§9-006頁）　１部

b　診断書・装具装着証明書（病院所定の様式。無い場合は様式集§9-023頁）　１部

c　領収書（原本）　１部

（領収書内に装具の内訳が記載されていないときは、内訳書を添付してください。）

エ　小児用弱視等の治療眼鏡を購入したとき

（ア）　支給対象

９歳未満の小児の弱視、斜視及び先天白内障術後の屈折矯正の治療用として用いる眼鏡及びコンタクトレンズ。（ただし、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です。）

（イ）　支給額

障害者自立支援法の規定に基づく補装具の種目「弱視眼鏡」には、療養の給付の支給額に上限が設けられています。

（ウ）　提出書類

a　療養費・家族療養費請求書（様式第61号・様式集§9-006頁）　１部

b　治療用眼鏡等を作成又は購入した際の領収書（原本）　１部

c　保険医の治療用眼鏡等の作成指示書（写し可）　１部

d　患者の検査結果　１部

オ　四肢のリンパ浮腫治療のための弾性着衣等を購入したとき

（ア）　支給要件

リンパ節郭清術を伴う悪性腫瘍（悪性黒色腫、乳腺をはじめとする腋窩部のリンパ節郭清を伴う悪性腫瘍、子宮悪性腫瘍、子宮附属器悪性腫瘍、前立腺悪性腫瘍及び膀胱をはじめとする泌尿器系の骨盤内のリンパ節郭清を伴う悪性腫瘍）の術後に発生する四肢のリンパ浮腫治療のために、医師の指示に基づき購入した弾性着衣等。（弾性包帯については、弾性ストッキング、弾性スリーブ及び弾性グローブを使用できないと医師が認める場合に限る。）

（イ）　提出書類

a　療養費・家族療養費請求書（様式第61号・様式集§9-006頁）　１部

b　弾性着衣等　装着指示書（病院所定の様式。無い場合は様式集§9-024頁）　１部

c　領収書（原本）　１部

カ　医師の同意を得て、あんま・マッサージ・はり・きゅうの施術を受けたとき

（ア）　支給要件

あんま、マッサージ、はり、きゅうの施術は、医療上必要があると認められるもので医師の同意を得たときに、次の期間が支給の対象となります。

a　あんま及びマッサージの場合（筋麻痺、関節拘縮等）

（ａ）医師の同意書に記載してある加療期間内。６月を超える場合は改めて同意書等を必要とします。

（ｂ）変形徒手矯正術に係る医師の同意書の有効期間内（１月以内）。１月を超える場合は改めて同意書を必要とします。

b　はり及びきゅうの場合（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）

医師の同意書に記載してある加療期間内。６月を超える場合は改めて同意書等を必要とします。

（イ）　支給額

厚生労働大臣が定めた基準によって共済組合が算定した額とします。

（ウ）　提出書類

a　療養費・家族療養費請求書（様式第61・様式集§9-006号）　１部

b　医師の同意書（様式集§9-025頁）　１部

c（ａ）全額自費で支払ったとき

施術証明書兼施術料金領収明細書（様式集§9-026頁）　１部

（ｂ）マイナ保険証等を使い法定割合分の支払いをしたとき

療養費支給申請書（施術院で作成したもの）　１部

§９の２の（２）　移送費・家族移送費（法第58条の３、第59条の４、施行規定第108条の２、第110条の３、第174条、運営規則第21条）

１　支給要件

組合員又は被扶養者が療養の給付又は家族療養の給付に係る療養を受けるため、病院又は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支給されます。

移送費及び家族移送費の支給要件は、次のいずれにも該当する場合です。

（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・疾病により病状が重篤である人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）　医師の指示によるもので、緊急その他やむを得ないものと認められること。

２　支給対象外

（１）　歩行不能か否かは医師の診断に基づく病状により判断し、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。

（２）　単なる通常の療養のための通院等は、一時的、緊急的とは認められず、支給の対象とはなりません。

３　支給額

実際に移送に要した費用の額を基準として共済組合が査定した額とします。

支給の対象となる費用は次のとおりです。

（１）　移送のために患者が自動車、汽車、電車等の交通機関を利用した場合の運賃

（２）　移送のために人を雇って患者を担架で運んだ場合等の賃金、手当等

（３）　移送のための運転手等について宿泊を必要とした場合の宿泊料

（４）　移送の途中において医師、看護婦の付添いを必要とした場合の旅費、日当、宿泊料等（家族等の付添いに要した費用は、対象外）

４　申請書類

（１）　移送費・家族移送費請求書（様式第61号・様式集§9-006頁）　１部

（２）　医師の意見書（移送を必要と認めた理由、移送の方法及び経路等）

（３）　移送に要した費用の額に関する証明書

§９の２の（３）　義肢等製作費助成（㊒義肢等製作費助成事業事務取扱要領）

《県互助組合》

１　助成要件

組合員が傷病等により義肢等補装具を装着しなければならなくなったときの購入費用又は修繕費用を助成します。

２　助成額

助成対象補装具等	助成額
1　義手 2　義足 3　義眼 4　車椅子 5　松葉杖 6　人工乳房	１会計年度 10万円まで （実費の範囲内）

３　提出書類

（１）　義肢等製作費助成請求書（県互助組合ホームページをご覧ください。）

（２）　診断書（県互助組合ホームページをご覧ください。）

（３）　領収書

§９の２の（４）　治療見舞金（㊒運営規則第11条）

《県互助組合》

１　支給要件

組合員が人工臓器等の装着又は血友病等の治療を受けているときは、組合員に治療見舞金が支給されます。ただし、心臓ペースメーカーは、装着等に係る施術時に支給されます。

２　支給額

支給対象疾病等	支給額
1　人工肛門 2　人工膀胱 3　心臓ペースメーカー 4　慢性腎疾患による人工透析 5　血友病 6　心臓人工弁 7　原発性肺高血圧症	年額　５万円

３　提出書類

（１）　（互）治療見舞金請求書（県互助組合ホームページをご覧ください。）　１部

（２）　請求書への医師の証明

（３）　人工肛門装着者については、請求書にパウチ等人工肛門装着に必要な品の領収書（写し可）の添付が必要です。

§９の３　長期療養者見舞金（㊑長期療養者見舞金事業実施要領）

《県互助組合》

１　支給要件

傷病のため、引き続いて３か月以上病気休暇、療養又は病気休職している組合員の早期回復と職場復帰を願い、見舞金を支給します。（１病気休職等期間中及び１会計年度中につき、１回を限度とする。）

２　見舞金額

１万円

３　提出書類

長期療養者見舞金請求書（県互助組合ホームページをご覧ください。）

§９の４　交通事故等にあったとき（第三者による加害行為）

（法第50条、運用方針第50条、民法第724条、自賠法第19条）

１　損害賠償の請求権

交通事故や食中毒・暴行など第三者の加害行為により組合員又は被扶養者が被害にあったときは、その治療費は加害者が損害賠償として負担することになっていますので、本来マイナ保険証等を使用する必要はありません。

しかし、その治療費を直ちに加害者に負担させることが困難な事情があるときは、マイナ保険証等を使用することによって、共済組合が加害者に代って治療費等を一時立替えて給付し、その後共済組合がその給付した価額の限度内で、加害者に対して請求を行うことになります。（請求権の代位取得による請求）

そのため、第三者加害行為による傷病について保険医療機関等にかかる際は、共済組合への報告が必要です。保険医療機関等から届く診療報酬明細書により、共済組合が第三者加害行為を知った際は、所属所へ確認を行う場合があります。

２　一般的事項

（１）　共済組合は、加害者に代って一時立替えた治療費等を、後日加害者に対して請求しますが、組合員が不用意な示談で請求権の全部又は一部を放棄したり免除したりしたときには、立替えた治療費等の全部又は一部を組合員に請求する場合があります。示談をするときには、治療費を除いた示談を締結してください。

（２）　交通事故で被害を受けたとき、次の事項に注意してください。

ア　速やかに警察に連絡する。

警察に届けなかったときは、自賠責保険金等の請求のときに、事故の立証ができません。

イ　医師の診断を受ける。

その場で痛みがなくても、後日、頭や首などに痛みが出てくることがあります。

ウ　加害者の氏名・住所等を確認する。

「運転免許証」によって加害者の氏名、住所を確認し、「自賠責保険証明書」によってその車の保有者、証書番号、保険会社名、勤務先、電話番号などをメモしてください。

エ　共済組合に連絡する。

保険医療機関等でマイナ保険証等を使用する場合は、直ちに連絡してください。

オ　相手の主張に安易に同意したり、その場で示談したりしないでください。また、治療が終了するまでは、示談を急がないでください。

カ　組合員の公務遂行中及び通勤途上における第三者の行為によって生じた傷病については、公務災害又は通勤災害に認定され、地方公務員災害補償法に基づく療養補償等の補償を受けることができるため、マイナ保険証等は使用できません。

しかし、公務災害等に認定されるかどうかはっきりしないときなどやむを得ない事情

がある場合には、一時的にマイナ保険証等を使用（共済組合が治療費の一時立替払）することができるため、事前に共済組合へ相談してください。

３　提出書類

共済組合へ連絡の上、次の書類を提出してください。

（１）　損害賠償申告書（様式集§9-027頁）

（２）　第三者加害報告書（様式集§9-029頁）

（３）　第三者加害発生状況報告書（様式集§9-031頁）

（４）　加害者関係事項（様式集§9-033頁）

（５）　確約書（様式集§9-035頁）（押印必要）

※　加害者側から確約書がもらえない場合は、確約書の下段枠内を組合員本人が記入してください。

（６）　同意書（様式集§9-037頁）（押印必要）

（７）　交通事故証明書（自動車安全運転センター発行・写しでも可）

※　「照合記録簿の種別」が「物件事故」で処理されている場合、人身事故証明書入手不能理由書が必要となります。様式が必要な場合は、共済組合まで連絡してください。

（８）　治癒届（様式集§9-038頁）【治癒したとき】（「治癒」とは完全治癒だけでなく症状固定等も含みます。）

（９）　示談書の写し【示談を結んだとき】

(10)　その他損害保険会社等から求められた書類

注１　自損事故で相手がいない場合は（２）と（３）のみを提出してください。加害者が不明な場合（ひき逃げ等）や、組合員又は被扶養者の過失が100％で相手方に損害賠償請求ができない場合は、（１）から（３）の書類を提出してください。その他の書類の提出は不要です。

注２　上記以外の書類を追加で依頼する場合があります。