

医療に関する給付

1 給付の対象

組合員及び被扶養者が病気や負傷をしたとき、通常の場合は、組合員証を保険医療機関に提示することによって、「療養の給付」や「家族療養費（現物給付）」の現物給付を受けることができます。

しかし、緊急その他やむを得ない事情等により組合員証を提示することができなかった場合は、その費用が、「療養費」や「家族療養費（現金給付）」として共済組合から支給（現金支給）されます。

その共通する給付の範囲、対象等は次のとおりです。

(1) 給付の範囲

- ア 診察
- イ 薬剤又は治療材料の支給
- ウ 処置、手術その他の治療
- エ 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
- オ 病院等への入院及びその療養に伴う世話その他の看護

(2) 組合員証で受けられない診療

療養の給付や療養費及び家族療養費の支給の対象となる診療は、一定の範囲に限られていますので、例えば次の診療の費用などは、支給の対象になりません。

- ア 美容のための整形手術（けがをしたあとの処置は、対象になります。）
- イ 健康診断、予防接種、虫歯の予防処置
- ウ 正常な出産（異常分娩のときの診療は、対象になります。）
- エ 経済的理由による妊娠中絶（母体が危険なときの妊娠中絶は、対象になります。）
- オ 医師が必要と認めない治療

(3) 療養の機関（保険医療機関）

共済組合ホームページ参照 <https://www.kouritu.or.jp/kumiai/chiryo/byoin/index.html>

2 療養の給付、家族療養費（現物給付）

組合員や被扶養者が病気や負傷をしたとき、保険医療機関に組合員証を提示して診療を受けた場合の療養そのものの給付をいい、短期給付の中では、最も重要で、中心的役割を果たしています。

組合員に対する場合を「療養の給付」、被扶養者に対する場合を「家族療養費（現物給付）」といいます。

(1) 支給割合

- ア 70歳未満の組合員および被扶養者の場合（イを除く）
療養に要した費用の70/100相当
- イ 義務教育就学前の被扶養者の場合
療養に要した費用の80/100相当
- ウ 70歳以上75歳未満の組合員および被扶養者の場合（エを除く）
療養に要した費用の80/100相当
- エ 一定以上所得のある70歳以上75歳未満の組合員およびその組合員の70歳以上75歳未満の被扶養者の場合

療養に要した費用の70/100相当

3 入院時食事療養費

組合員及び被扶養者が病気や負傷により保険医療機関に入院し、食事の提供を受けたとき、その食事に要した費用について入院時食事療養費が支給されます。

入院時食事療養費は、原則として、保険医療機関等に対して標準負担額を支払って、食事の提供を受ける現物給付方式により給付しますが、共済組合が困難であると認めた場合等は、現金給付方式により給付します。

(1) 支給額

入院時食事療養費の額は、食事療養に要する費用の額から、標準負担額を控除した金額です。

(2) 標準負担額

標準負担額は、1食あたり460円です。

なお、組合員の所得が一定の水準に達しない場合には、減額の制度が設けられています。減額認定の対象者は、市町村民税非課税の組合員及び被扶養者です。

4 入院時生活療養費

65歳以上の組合員が療養病床に入院した場合、その生活に要する費用（食費・居住費）のうち、共済組合が負担する部分のことであります。

入院時生活療養費は、原則として現物給付方式により給付しますが、共済組合が困難であると認めた場合等は、現金給付方式により給付します。

(1) 支給額

入院時生活療養費の額は、生活に要する費用の額から組合員が負担すべき標準負担額を控除した金額です。

(2) 標準負担額

標準負担額は、1食あたりの食費及び1日あたりの居住費で算定されますが、医療機関や組合員の所得水準によって金額が異なります。

5 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、難病患者、在宅の末期癌患者、重度障害者又は初老期の脳卒中患者等になり、医師の承認を受けた上で居宅において知事の指定を受けた指定訪問看護事業者から訪問看護療養を受けた場合、その指定訪問看護に要した費用について、訪問看護療養費や家族訪問看護療養費が支給されます。

訪問看護療養費又は家族訪問看護療養費は、通常の医療と同様に原則として、組合員又は被扶養者が組合員証等を使用して一部負担額のみを支払うことで訪問看護療養を受ける現物給付方式により給付されますが、組合員証等が使用できなかった場合等、共済組合が困難であると認めた場合は、療養費（現金給付）方式により給付されます。

(1) 支給割合

ア 70歳未満の組合員および被扶養者の場合（イを除く）

訪問看護療養に要した費用の70/100相当

イ 義務教育就学前の被扶養者の場合

訪問看護療養に要した費用の80/100相当

- ウ 70歳以上75歳未満の組合員および被扶養者の場合（エを除く）
訪問看護療養に要した費用の80/100相当
- エ 一定以上所得のある70歳以上75歳未満の組合員およびその組合員の70歳以上75歳未満の被扶養者の場合
訪問看護療養に要した費用の70/100相当

6 移送費・家族移送費

組合員又は被扶養者が、療養の給付（保険外併用療養費に係る療養を含む。）又は家族療養費（現物給付）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るとき、移送費又は家族移送費が支給されます。

(1) 支給要件

- ア 移送の目的である療養が保険診療として適切であること。
- イ 当該移送の原因である負傷・疾病により病状が重篤である者又は重症者等で歩行不能又は歩行での移動が著しく困難であること。
- ウ 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。

(2) 支給額

- ア 自動車、電車等の交通機関を利用したときは、その運賃
- イ 人を雇って担架で運んだときは、その人の賃金、手当及び宿泊を必要としたときは、その料金
- ウ 移送の途中において、医師・看護師の付添いを必要とした場合は、その旅費、日当、宿泊料等
(※家族等の付添いに要した費用は、対象外です。)

(3) 請求書類

- ア 移送費・家族移送費請求書
- イ 移送に要した費用の額に関する証明書類〔原本〕

(4) 記載上の留意事項

- ア 「移送の方法及び経路」については、できるだけ詳しく記入してください。
- イ 「医師の意見欄」は、移送前の医師（病院）が証明することになります。ただし、医師（病院）の意見書が別にある場合は、その意見書を添付してください。その場合、移送費・家族移送費請求書の「医師の意見欄」に記載の必要はありません。

7 療養費、家族療養費（現金給付）

共済組合の医療に関する給付は、現物給付である「療養の給付、家族療養費（現物給付）」が原則です。

緊急、その他やむを得ない事情等のため、その費用を支払った場合は、後日、組合員からの請求書に基づいて、現金給付としての、療養費又は家族療養費（現金給付）が支給されます。

なお、支給割合は「療養の給付、家族療養費（現物給付）」の場合と同様です。

(1) 組合員証を提示できなかった場合

- ア 支給要件
 - (ア) 保険医療機関、保険薬局及び特定承認保険医療機関以外の医療機関等から診療を受け、共済組合がやむを得ないと認めた場合
 - (イ) 旅行先等で病気、けがをし、組合員証を所持していなかった場合

- (ウ) 共済組合の資格を有しているが、加入手続中等で組合員証が手もとになかった場合
 - (エ) それまでに加入していた健康保険や国民健康保険等で診療を受け、後日、相手方保険者から返還請求を受け、支払いをした場合
 - イ 支給額
医療機関等に支払った額の範囲内で、療養費の支給基準等に基づいて算定（保険診療点数、基準額で換算）されます。
 - ウ 請求書類
次の書類を提出してください。
 - (ア) 療養費・家族療養費請求書（医療機関又は薬剤薬局1件ごと、1月ごとに1枚必要）
 - (イ) 医療機関等の領収書〔原本〕
 - (ウ) 診療報酬明細書（レセプト）
- (2) 治療用装具費
- ア 支給要件
医師が治療上必要であると指示し、業者に作らせた治療用装具等の購入をした場合
※9歳未満の被扶養者で、小児弱視等の治療用眼鏡等を購入した場合
 - イ 支給額
(ア) 「身体障害者福祉法及び児童福祉法の規定に基づく補装具の種目、受託報酬の額等に関する基準」により健康保険法を基準として算定した額
したがって、実際に支払った額と異なる場合があります。
(イ) 医療機関で用意されている補装具を治療時に装着し、その補装具が療養費の支給を行うことが認められている場合は、その標準額
 - ウ 請求書類
次の書類を提出してください。
 - (ア) 療養費・家族療養費請求書
 - (イ) 医師の同意書又は、作成指示書の〔原本〕（様式は診断書用紙可。その場合、治療上補装具の装用に同意する旨及び指示日、装着日が記載されていることを確認してください。）
 - (ウ) 補装具製作者の領収書〔原本〕（使用部品名と料金の明細の記載されたもの。内訳が別紙記載である場合は、添付して提出してください。）
- (3) 生血料
- ア 支給要件
保存血が得られないか、又は必要があつて生血を求めた場合。
ただし、親子、夫婦、兄弟等の親族から血液を提供された場合は支給されません。
 - イ 支給額
県知事の定めた基準により算定します。
 - ウ 請求手続
次の書類を提出してください。
 - (ア) 療養費・家族療養費請求書
 - (イ) 輸血を証する医師の証明書（傷病名、輸血を必要とした理由、輸血を行った日、輸血量等の記載されているもの）
 - (ウ) 領収書〔原本〕（供血者の住所、氏名、患者との関係、血液の型、量及び供血年月日の明記されたもの）
- (4) 柔道整復師の施術
柔道整復師（柔道整復師法に基づいて骨折、脱臼、打撲、捻挫等について施術を行う者）の施

術を受けた場合は「療養費」（現金給付）の支給対象とされていますが、現在の取扱いは、日本柔道整復師会等との契約により、組合員又は被扶養者が、同会等の会員である柔道整復師の施術を受けた場合は、療養費等の受領委任の形式で「療養の給付」（現物給付）と同様の取扱いとされま

(5) はり、きゅう師の施術

ア はり、きゅう師の施術は、医師による適当な治療手段のないもの（※）で、医師の同意を得た場合に療養費の支給対象となるものであり、主に慢性的な神経痛、リュウマチに対する施術が該当します。

※ 医師による適当な治療手段のないものとは、保険医療機関において「療養の給付」を受けても所期の効果の得られなかったもの、又は、今まで受けた治療の経過からみて効果が現れていないと判断されるものであり、はり、きゅう師の施術を受ける以前に保険医療機関において、治療効果を判断しようとみられるだけの期間受診していない場合は、支給対象となりません。

また、はり、きゅう師の施術を受けている期間中、保険医療機関において受診した場合も支給対象となりません。

イ 支給額

厚生労働大臣の定めた基準により算定した額が支給されます。

ウ 請求手続

次の書類を提出してください。

(ア) 療養費・家族療養費請求書（月末までを1か月とし、月ごとに1枚）

(イ) 医師の同意書（1回の同意書により加療期間は原則として3か月以内とされていますが、3か月を経過した時点において、さらに施術を受ける必要がある場合は、医師より再度同意を得た上で療養費支給申請書の下欄外に同意を得た旨、要加療期間の指示がある場合はその期間、同意年月日、医療機関名、住所、電話番号、同意を得た医師の氏名を明記してください。）

(ウ) 療養費支給申請書〔原本〕（病名、施術種類、単価、施術日及び日数が明記されているもの）

(エ) 領収書（原本）

(6) あん摩、マッサージ師の施術

ア 支給要件

あん摩、マッサージ師の施術は、治療上必要があると認められるもので、医師の同意を得た場合に療養費の支給対象となるものであり、主に麻痺、骨関節運動障害に対する施術が該当します。

イ 支給額

厚生労働大臣の定めた基準により算定した額が支給されます。

施術回数の限度は特にありませんが、5局所を算定単位とします。

ウ 請求手続

次の書類を提出してください。

(ア) 療養費・家族療養費請求書（月末までを1か月とし、月ごとに1枚）

(イ) 医師の同意書（6の（5）の（イ）と同様の扱い）

(ウ) 療養費支給申請書〔原本〕（病名、施術種類、単価、施術日及び日数が明記されているもの）

(エ) 領収書（原本）

(7) 海外での治療

ア 支給要件

組合員又は被扶養者が国外で療養を受けた場合、療養に係る療養費、家族療養費、高額療養費、家族療養費附加金、及び一部負担金払戻金の額について支給します。

イ 支給額

総医療費から組合員が負担すべき金額（3割※）を除いた金額。

※被扶養者の場合、義務教育就学前及び70歳以上現役並所得者以外は2割

（昭和19年4月1日までに生まれた方は1割、70歳以上現役並所得者及びそれ以外は3割）

海外で受けた治療内容を日本の健康保険制度の基準に置き換えて算定した医療費と、組合員が実際に支払った医療費（医療費は共済組合で支給額を決定するときの交換レートで日本円に換算）を比較して、低い方の医療費を基準に算定した額が支給されます。

なお、その国の医療をめぐる状況や為替レート等の影響を受けますので、実際に支払った額と異なります。

ウ 支給対象外の療養

(ア) その診療内容が国内で受けた場合、保険対象外の診療及び薬剤等であるとき。

(イ) 公務災害あるいは交通事故等の第三者加害行為によるものであるとき。

(ウ) 療養を目的として海外へ出向き、治療を受けたとき。

エ 提出書類

(ア) 療養費・家族療養費請求書（医療機関又は薬剤薬局1件ごと、1ヶ月ごとに1枚必要）

(イ) 調査に関わる同意書、署名・押印欄

(ウ) 診療内容明細書（医科・様式A又は歯科・様式C）

(エ) 領収明細書（医科、歯科共に様式B）

(オ) 領収書（原本）

(カ) (ウ)、(オ)等添付書類の日本語翻訳

(キ) 海外に渡航した事実を証する書類の写し

例：パスポート（顔写真のある頁と出入国スタンプのある頁）、航空券等の写し

オ 書類提出に当たっての留意事項

(ア) 診療内容明細書（医科）は、診療明細書・領収明細書それぞれ記入をしてください。

(イ) 診療内容明細書に傷病名・症状などが記入されているか確認してください。

(ウ) 入院、外来別にそれぞれ診療日・診療日数が記入されているか確認してください。

(エ) 支払金額及び内訳が明確になっているか確認してください。

8 一部負担金払戻金・家族療養費附加金

(1) 支給要件

一部負担金払戻金又は家族療養費附加金は、各診療月における療養の給付、家族療養費（現物給付）、訪問看護療養費、家族訪問看護療養費、療養費及び家族療養費（現金給付）に係る一部負担金の額が、自己負担限度額（※）を超える場合にその超えた額（100円未満の端数は切捨て）が給付されます。

ただし、高額療養費が支給される場合はその額を除きます。

※標準報酬月額が53万円未満の方は、25,000円、標準報酬月額が53万円以上の方は、50,000円

一部負担金の額等に係る療養費が複数件あり、それらを合算して高額療養費が給付される場合は、標準報酬月額が53万円未満の方は、50,000円、標準報酬月額が53万円以上の方は、100,000円

算出例1

ア 標準報酬月額が 530,000 円未満の方が通院し、医療費の総額が 20 万円であった場合

医療費総額 200,000 円		
70/100・共済組合負担分 140,000 円	30/100・一部負担金① 60,000 円	
療 養 の 給 付	一部負担金払戻金③ 35,000 円 後日、本人へ給付	自己負担限度額② 25,000 円

$$\begin{aligned} \text{一部負担金払戻金③} &: \text{一部負担金①} - \text{自己負担限度額②} \\ &= 60,000 \text{ 円} - 25,000 \text{ 円} = 35,000 \text{ 円} \end{aligned}$$

イ 標準報酬月額が 530,000 円以上の方が通院し、医療費の総額が 20 万円であった場合

医療費総額 200,000 円		
70/100・共済組合負担分 140,000 円	30/100・一部負担金① 60,000 円	
療 養 の 給 付	一部負担金払戻金③ 10,000 円 後日、本人へ給付	自己負担限度額② 50,000 円

$$\begin{aligned} \text{一部負担金払戻金③} &: \text{一部負担金①} - \text{自己負担限度額②} \\ &= 60,000 \text{ 円} - 50,000 \text{ 円} = 10,000 \text{ 円} \end{aligned}$$

高額療養費（8 高額療養費 参照）が支給される場合の一部負担金払戻金については、以下のようになります。

算出例2

ウ 標準報酬月額が 280,000 円以上、530,000 円未満の方が入院し、医療費の総額が 70 万円であった場合

医療費総額 700,000 円			
70/100・共済組合負担金 490,000 円	30/100・一部負担金① 210,000 円		
療 養 の 給 付	高 額 療 養 費⑤ 125,570 円 後日、本人へ給付 184,970 円	一 部 負 担 金 払 戻 金 ③ 59,400 円	自 己 負 担 限 度 額② 84,430 円 高 額 療 養 費 算 定 基 準 額④ 25,000 円

$$\begin{aligned} \text{高額療養費算定基準額④} &: 80,100 \text{ 円} + (\text{医療費総額} - 267,000 \text{ 円}) \times 1\% \\ &= 80,100 \text{ 円} + (700,000 \text{ 円} - 267,000 \text{ 円}) \times 0.01 = 84,430 \text{ 円} \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{高 額 療 養 費 ⑤} &: \text{一部負担金①} - \text{高額療養費算定基準額④} \\ &= 210,000 \text{ 円} - 84,430 \text{ 円} = 125,570 \text{ 円} \end{aligned}$$

一部負担金払戻金 ③：高額療養費算定基準額④－自己負担限度額②
 =84,430円－25,000円=59,430円≒59,400円(100円未満切捨て)

※(注) 標準報酬月額により計算が異なります。(9 高額療養費 参照)

(2) 支給基準

ア 暦月ごとに計算

月の1日から末日までの受診について1か月として計算します。

例えば、月の15日から翌月の14日まで、月をまたがって入院したような場合で、初めの月の一部負担金が3万円、翌月が4万円でも、それぞれについて別に計算されます。

しかし、同一月内に同病院を一旦退院し、再入院したような場合は、合わせて計算されます。

イ 病院、診療所、薬局ごとに計算

例えば、甲の病院と乙の病院を同時に受診している場合でも、両方を合算せず、それぞれについて計算されます。

ウ 歯科については別扱い

病院等に内科などの科と歯科がある場合は、それぞれ別の医療機関として扱われます。

エ 総合病院

総合病院の各診療科は、それぞれ別の医療機関として扱われます。しかし、総合病院の入院患者が他の科の診療を受けたときは合算されます。(その場合でも歯科は別に扱われます。)

オ 入院と通院

一つの病院等でも、入院と通院は別に扱われます。

カ 差額ベッド代

保険外併用療養費の対象となる特別室のベッド代の差額は支給の対象になりません。

(3) 公費負担(医療費の助成)がある場合の一部負担金払戻金又は家族療養費附加金

法令(条例を含む。)の規定により国又は地方公共団体が負担すべき額(一部負担金払戻金又は家族療養費附加金の支給がないとしたならば、国又は地方公共団体が負担すべきこととなる額があるときは、当該負担すべきこととなる額を含む。)がある場合において、一部負担金払戻金又は家族療養費附加金の額が一部負担金の額等から当該国又は地方公共団体が負担すべき額を控除して得た額を超えるときは、当該控除して得た額をもって一部負担金払戻金又は家族療養費附加金の額となります。

したがって、公費負担部分の額が、自己負担限度額を超えるときは、療養に要した費用のうち法定給付(高額療養費を含む。)及び公費負担部分を除いた一部負担金に相当する額が、一部負担金払戻金又は家族療養費附加金の額となります。

(4) 支給方法

一部負担金払戻金及び家族療養費附加金は、原則として組合員からの請求によらず、保険医療機関から共済組合に提出されたレセプトに基づき、電算処理により自動的に給付されます。

しかし、緊急、その他やむを得ない事情等のため組合員証を提示しないで診療を受け、その費用を支払った場合は、後日、共済組合に対して請求することになります。(7 療養費・家族療養費(現金給付)参照)

9 高額療養費

(1) 給付額

ア 組合員又は被扶養者が、同一の月に同一の病院等に支払った一部負担金額が高額療養費算定

基準額を超えた場合、その超えた金額が支給されます。

なお、高額療養費が支給される場合、同一世帯で、その月以前の12か月以内に4回以上高額療養費が支給されているときは、4回目以降は「多数回該当」となり、高額療養費算定基準額は【 】内の金額を控除した額が高額療養費として支給されます。

標準報酬月額	高額療養費算定基準額（自己負担限度額）
830,000円以上の方	252,600円＋ 〔(医療費総額(※)－842,000円)×1%〕 【多数回該当 140,100円】
530,000円以上、830,000円未満の方	167,400円＋ 〔(医療費総額(※)－558,000円)×1%〕 【多数回該当 93,000円】
280,000円以上、530,000円未満の方	80,100円＋ 〔(医療費総額(※)－267,000円)×1%〕 【多数回該当 44,400円】
280,000円未満の方	57,600円 【多数回該当 44,400円】
市町村民税非課税世帯	35,400円 【多数回該当 24,600円】

(※) 医療費総額が842,000円、558,000円及び267,000円に満たないときは、それぞれ842,000円、558,000円及び267,000円とする。

イ 同一世帯で、同じ月に各病院等に支払った一部負担金額が、21,000円以上のものが2回以上ある場合には、それらの金額を合算した額から高額療養費算定基準額を控除した額が、高額療養費として支給されます。

ウ 組合員又は被扶養者が、人工透析を必要とする慢性腎不全や血友病等に係る診療を受けた場合で、組合員又は被扶養者が共済組合から特定疾病として認定を受けている場合は、当該療養に係る保険医療機関等に対する支払額は1か月につき10,000円（慢性腎不全による人工透析患者のうち標準報酬月額が530,000円以上の者は20,000円）が限度となります。一部負担金額が自己負担限度額を超える場合はその額を超える額が、高額療養費として現物給付されます。（「共済事務の手引き（短期給付編） 特定疾病療養受療認定について」参照）

(2) 支給方法

原則として一部負担金払戻金及び家族療養費附加金と同様、電算処理による自動給付です。

(3) 高額療養費の現物給付（限度額適用認定）

70歳未満の組合員及び被扶養者が、共済組合から限度額適用認定証の交付を受けることにより、1ヶ月間に一つの保険医療機関窓口で支払う金額を上記アの表に掲げる高額療養費算定基準額とすることができます。（「共済事務の手引き（短期給付編） 限度額適用認定について」参照）

10 高額介護合算療養費

(1) 支給要件

高額介護合算療養費は、「介護合算一部負担金等世帯合算額」が「介護合算算定基準額」に「支給基準額」を加えた額を超える場合に、「基準日組合員」に支給する。

(2) 計算期間

前年の8月1日からその年の7月31日まで

(3) 介護合算算定基準額

ア 70歳未満

施行令第23条の3の7第1項の区分	介護合算算定基準額
所得区分ウ（下記4区分以外の者）	670,000万円
所得区分ア（標準報酬月額83万円以上）	2,120,000万円
所得区分イ（標準報酬月額53万円以上83万円未満）	1,410,000万円
所得区分エ（標準報酬月額28万円未満）	600,000万円
所得区分オ（市町村民税非課税者）	340,000万円

イ 70歳から74歳

施行令第23条の3の7第2項の区分	介護合算算定基準額
下記3区分以外の者	560,000万円
現役並所得者	670,000万円
低所得者Ⅱ	310,000万円
低所得者Ⅰ	190,000万円

(4) 請求書類

- ・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
- ・介護自己負担額証明書（介護サービスを受けた市区町村から交付されます。）
- ・他の保険者で支払った医療費の自己負担額証明書（計算期間内に他の保険者に加入していた場合のみ必要です。）

(5) 留意事項

組合員と被扶養者の計算期間内の年間合計額から介護合算算定基準額を控除した額が、500円以下の場合は、支給されません。

11 保険外併用療養費

健康保険では、原則として保険適用の療養と併せて保険適用外の療養を受けると、医療費の全額が保険適用外となりますが、厚生労働大臣の定める「評価療養」及び「選定療養」であれば、保険適用の療養との併用が認められます。この場合、共済組合が給付する部分を「保険外併用療養費」と言います。

なお、保険外併用療養費は現物給付方式によって給付されますので、組合員からの請求は必要ありません。

「評価療養」：先進医療（従来の高度先進医療を含む）等

「選定療養」：特別療養環境室（差額ベッド）、200床以上の病院の未紹介患者の初診、金属床総義歯 等

算出例

ア 一般組合員が保険診療と併せて評価療養を受けた場合

← 保険適用分 →	← 保険適用外分 →
7割	3割
← 共済組合負担 (保険外併用療養費) →	← 組合員負担 →

イ 一般組合員が特別療養環境室を使用した場合

← 室料総額 →	
← 保険適用分 →	← 保険適用外分 →
7割	3割
← 共済組合負担 (保険外併用療養費) →	← 室料差額 組合員負担 →

12 受診から給付まで

組合員証を使用して保険医療機関で受診した場合、受診から給付金が支払われるまでを示しますと、次のようになります。

- (1) 医療費は、患者1人が診療科目1科で1か月受診したものが1件としてまとめられ、医療機関では診療報酬明細書(以下「レセプト」という。)を作成し、社会保険診療報酬支払基金(以下「基金」という。)に提出します。
- (2) 基金は、レセプトの内容を審査した後、レセプトを公立学校共済組合神奈川支部に送付します。共済組合は送られてきたレセプトについて資格審査を行った後、組合員に対して給付金を算定し支払をします。
例えば、ある世帯で、3月に組合員が入院し、被扶養者が通院した場合、保険医療機関では、4月にレセプトを作成し基金に提出します。
- (3) 基金から共済組合にレセプトが送付されるのは、原則として2ヶ月後(上記、例えでは5月)となり、組合員に給付金が支給されるのは、本人分の給付(高額療養費や一部負担金払戻金)及び家族分の給付(高額療養費や家族療養費附加金)共に最短で3ヶ月後の20日(上記、例えでは6月20日)になります。

受診から給付までの流れ図

