



第 1 章 病気やけがをしたとき

1 章 INDEX

医療機関を受診するとき

- ▶ 利用できる医療機関と窓口負担額
- ▶ 公務によらない病気やけがをしたとき

訪問看護サービスを受けたとき

- ▶ 訪問看護サービス

医療費が高額になったとき

- ▶ 医療費が高額になったとき
- ▶ 高額な窓口負担の軽減

公費の医療費助成を受けたとき

- ▶ 公費の医療費助成の認定を受けたとき・受けられなくなったとき

柔道整復師、はり・きゅう師、マッサージ師の施術を受けたとき

- ▶ 柔道整復師、はり・きゅう師、マッサージ師の施術

組合員証・被扶養者証を医療機関に提示できなかったとき

- ▶ 申請が必要な給付

休業したとき

- ▶ 病気や負傷のために休業したとき（傷病手当金）
- ▶ 休業したとき（休業手当金）
- ▶ 介護休暇を取るとき（介護休業手当金）

年金について

- ▶ 障害の状態になったときの年金



第 1 章 病気やけがをしたとき

利用できる医療機関と窓口負担額

担当 医療保険課
部署 医療保険担当

☎ 03-5320-7322 (内線57-211~4)

✉ s9000064@section.metro.tokyo.jp

組合員証・被扶養者証を窓口に表示して診療等を受けることができる医療機関等と窓口負担は以下のとおりです。

1 | 医療機関の種類

厚生労働大臣の指定を受けた
保険医療機関

- 一般の病院・診療所
- 保険薬局
- 訪問看護ステーション

* 上記以外の医療機関等で診療を受けたり、組合員証・被扶養者証を提示しなかったりしたときは、原則として、都共済からの給付は受けられません。

2 | 窓口負担額

病気やけがをしたときの窓口負担額は年齢等によって異なります。

高額な医療費は、組合員証・被扶養者証と一緒に「高齢受給者証」、「特定疾病療養受療証」(P. 9 参照)、「限度額適用認定証」(P.12 参照)を提示することによって、窓口負担額が軽減されます。

◆ 医療費の窓口負担

区 分	組合員の標準報酬月額	自己負担割合 (組合員・被扶養とも)
	未就学児	—
小学校就学後から 69 歳まで	—	3 割 ^{※1}
70 歳から 74 歳	260,000 円以下	2 割 ^{※2}
	280,000 円以上	3 割

※1 70 歳以上の被扶養者は 2 割。

※2 平成 26 年 3 月 31 日までに 70 歳に到達している方は、1 割。

(注) 1 小学校就学(児)の年齢区分の適用は、満 6 歳到達年度末日の翌月から、70 歳からの年齢区分の適用は、誕生日の翌月(1 日生まれは当該月)からです。

2 入院の場合は、食事又は生活療養の標準負担額を別途支払うことになります。

3 75 歳到達月は、当共済組合と後期高齢者医療制度の自己負担限度額がそれぞれ半額になります。「75 歳到達月の自己負担限度額の特例」(P. 8 参照)を参照してください。

保険の対象とならない医療費等

次のような場合の医療費等は自己負担になります。

- ① 差額ベッド代
- ② 健康診断、人間ドック、予防注射、虫歯予防処置
- ③ 正常な出産
- ④ 経済的な理由による人工妊娠中絶
- ⑤ 美容整形手術（負傷した後の処置を除く）
- ⑥ 近視、遠視、斜視等の矯正、歯の矯正
- ⑦ カイロプラクティクス（脊椎矯正療法）
- ⑧ 慢性的な肩こり、腰痛等で柔道整復師にかかるときの施術費
- ⑨ 証明書代（文書料）
- ⑩ 松葉杖（貸与の場合）
- ⑪ 既製の治療装具
- ⑫ 公務・通勤災害、労災の対象となるもの（地方公務員災害補償基金等が行う補償の対象となります。）
- ⑬ その他保険診療の対象とならない医療



保険外併用療養費

保険が適用されない保険外診療があると、**保険が適用される診療等も含めた医療費の全額が自己負担**となります。ただし、保険外診療を受ける場合でも、厚生労働大臣の定める「評価療養」、「患者申出療養」又は「選定療養」の場合は、保険診療との併用が認められ、保険診療部分のみ保険給付の対象になります。

◆ 保険診療との併用が認められる保険外診療例

	診療内容	診療例
評価療養	将来的な保険導入のための評価を行うもの	<ul style="list-style-type: none"> ・ 先進医療 ・ 医薬品の治験に係る診療 ・ 医療機器の治験に係る診療
患者申出療養	患者からの申出を起点として、迅速に使用できるもの	<ul style="list-style-type: none"> ・ 国内未承認医薬品等の使用 ・ 国内承認済みの医薬品等の適応外使用
選定療養	保険導入を前提としないもの	<ul style="list-style-type: none"> ・ 差額ベッド ・ 歯科の金合金等 ・ 患者の都合による時間外診療等

医療費の減額査定

保険医療機関等で診療等を受けた場合の医療費については、審査支払機関の審査により査定を受け減額される場合があります。減額があった場合は、窓口負担額に過払いが生じている可能性があるため、該当者の組合員及び被扶養者（以下、組合員等）には以下のとおりお知らせします。

● 通知の対象

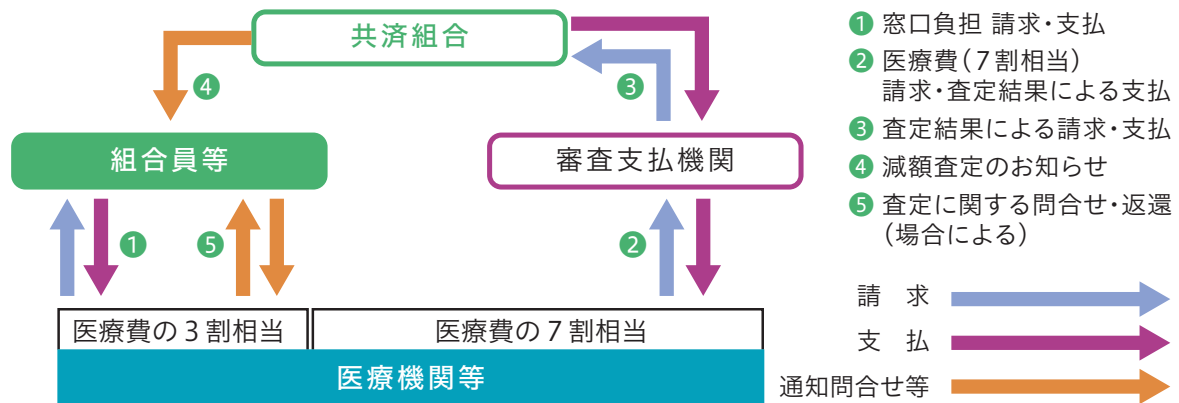
保険医療機関等での窓口負担額に10,000円以上の過払いが生じる場合が通知の対象になります。

● 注意事項 ●

この通知は審査減額についての情報提供です。医療機関等からの再審査の申出等により額が変更されることもあります。

減額された内容や過払いとなった窓口負担額の返還については、直接受診した医療機関等へお問合せください。

◆ 医療費の流れと減額査定通知



公務によらない病気やけがをしたとき

担当 医療保険課
 部署 医療保険担当

☎ 03-5320-7322 (内線57-211~4)

✉ S9000064@section.metro.tokyo.jp

1 | 療養の給付

組合員等が公務によらない病気やけがをしたときは、保険医療機関や保険薬局等の窓口で、組合員証等を提示することで必要な療養を受けることができます。

組合員証等を使って療養を受けるときは、窓口負担額（P. 2 参照）の表のように組合員等は一部負担金を支払い、残りの額は都共済から医療機関等に支払われます。

2 | 一部負担金払戻金と家族療養費附加金

各診療月における窓口負担額(P. 2 参照)が、高額療養費の自己負担限度額(P.6～8 参照)以下であった場合、及び高額療養費の対象となる場合の自己負担限度額以下の部分については、各保険医療機関及び保険薬局ごとに基礎控除額の 25,000 円を控除した額を、組合員本人に係るものは「一部負担金払戻金」、被扶養者に係るものは「家族療養費附加金」として支給されます。ただし、金額が 100 円未満の場合は支給されません。

なお、標準報酬月額が 530,000 円以上の方の基礎控除額は 50,000 円です。

訪問看護サービス

訪問看護ステーションへの支払

1 訪問看護療養費と家族訪問看護療養費

がんや難病等で在宅療養を行っている組合員及びその被扶養者が、主治医の指示により訪問看護ステーションから派遣された看護師等の訪問看護サービスを受けた場合には、医療機関に外来でかかる場合と同様に、療養に要した費用のうち、3割を窓口負担額として訪問看護ステーションへ支払うことになります。

残りの費用は、組合員については「訪問看護療養費」として、被扶養者については「家族訪問看護療養費」として都共済から訪問看護ステーションへ支払われます。

窓口負担額が高額になる場合は、「限度額適用認定証」を提示することにより、高額療養費を除いた額（自己負担限度額）に軽減されます（P.12 参照）。

2 一部負担金払戻金と家族訪問看護療養費附加金

組合員等が訪問看護ステーションへ支払った額が、基礎控除額（1人1か月 25,000 円、標準報酬月額が 530,000 円以上の場合 50,000 円）を超える場合には、組合員については「一部負担金払戻金」として、被扶養者については「家族訪問看護療養費附加金」として、基礎控除額を超えた額を都共済から支払います。ただし、交通費、おむつ代等については給付の対象になりません。



3 週3日を超えて訪問看護が受けられる病気等

訪問看護ステーションの利用を希望される場合は、主治医に相談してください。なお、訪問看護療養費の制度を受けられるのは枠内の病気等を除き、原則として週3日までです。

- | | | |
|---------------|----------------|------------------|
| ● 末期の悪性腫瘍 | ● 脊髄小脳変性症 | ● 慢性炎症性脱髄性多発神経炎 |
| ● 多発性硬化症 | ● ハンチントン病 | ● 後天性免疫不全症候群 |
| ● 重症筋無力症 | ● 進行性筋ジストロフィー症 | ● 筋萎縮性側索硬化症 |
| ● スモン | ● 頸髄損傷 | ● 人工呼吸器を使用している状態 |
| ● パーキンソン病関連疾患 | ● 亜急性硬化性全脳炎 | ● 副腎白質ジストロフィー |
| ● 多系統萎縮症 | ● ライソゾーム病 | ● 脊髄性筋萎縮症 |
| ● 球脊髄性筋萎縮症 | ● プリオン病 | |

医療費が高額になったとき

担当
部署 医療保険課
医療保険担当

☎ 03-5320-7322 (内線57-211~4)

✉ S9000064@section.metro.tokyo.jp

高額療養費

1 高額療養費の支給

● 支給対象

組合員又は被扶養者が、病気やけがのため組合員証又は被扶養者証等を使用して医療機関等で療養を受けたとき、各診療月における窓口負担額が一定の金額（自己負担限度額）を超える場合には、超えた金額が「高額療養費」として支給されます。

● 支給されない医療費等

保険の対象とならない医療費等（P.3参照）、保険外併用療養費（P.3参照）や入院時の食事療養標準負担額（P.15参照）、生活療養標準負担額（P.16参照）は支給対象になりません。

2 自己負担限度額の算定方法

自己負担限度額は、医療機関ごと、ひと月ごと（当該月の1日から月末まで）に保険が適用される医療費について算定します。算定は年齢等によって異なります。

● 注意事項 ●

同一医療機関での2月以上にわたる療養でも、月ごとに自己負担限度額を算定します。

ア 69歳以下の場合

組合員の所得による区分	自己負担限度額（月額）
標準報酬月額 83万円以上	252,600円 + (医療費 - 842,000円) × 0.01 < 多数回該当* 140,100円 >
標準報酬月額 53万円 ~ 79万円	167,400円 + (医療費 - 558,000円) × 0.01 < 多数回該当 93,000円 >
標準報酬月額 28万円 ~ 50万円	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 0.01 < 多数回該当 44,400円 >
標準報酬月額 26万円以下	57,600円 < 多数回該当 44,400円 >
低所得者（住民税非課税等）	35,400円 < 多数回該当 24,600円 >

※「多数回該当」とは、同一医療機関等において自己負担限度額を超える窓口負担額の月が、過去12か月以内に3回以上あったとき、4回目から適用されます。

イ 70歳以上74歳までの場合

組合員の所得による区分		自己負担限度額（月額）		
		個人単位 （外来）	世帯単位 （入院, 入院 + 外来）	
現役並み	Ⅲ	標準報酬月額 83万円以上	252,600円 + (医療費 - 842,000円) × 1% < 多数回該当* 140,100円 >	
	Ⅱ	標準報酬月額 53万円 ~ 79万円	167,400円 + (医療費 - 558,000円) × 1% < 多数回該当 93,000円 >	
	Ⅰ	標準報酬月額 28万円 ~ 50万円	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1% < 多数回該当 44,400円 >	
一般	標準報酬月額 26万円以下		18,000円 < 年間上限額 144,400円 >	57,600円
低所得者 （住民税非課税等）	Ⅱ	Ⅰ以外	8,000円	24,600円
	Ⅰ	年金受給額 80万円以下 等、総所得金額がゼロ となる場合		15,000円

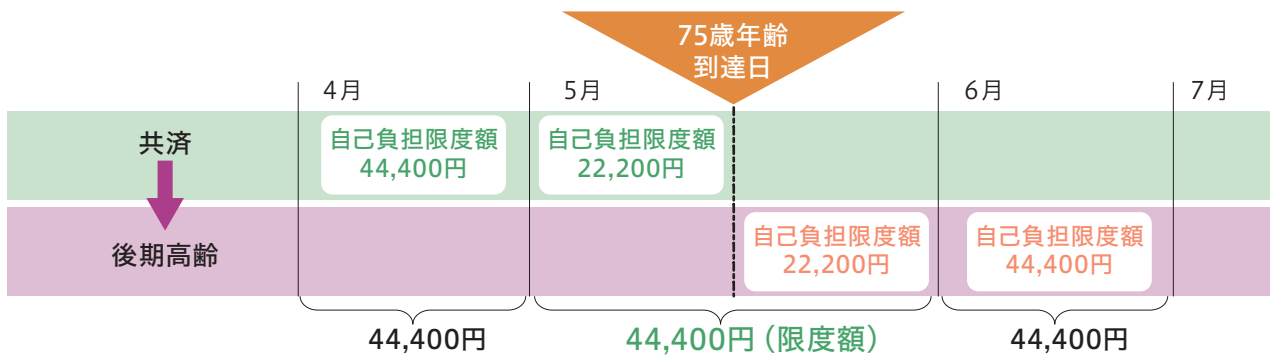
※「多数回該当」とは、同一医療機関等において自己負担限度額を超える窓口負担額の月が、過去12か月以内に3回以上あったとき、4回目から適用されます。70歳以上74歳までの現役並み所得者で、外来療養のみによる高額療養費の支給を受けた場合は、回数には含まれません。

ウ 組合員が69歳以下で被扶養者が70歳から74歳の場合における被扶養者の自己負担限度額

組合員の所得による区分		自己負担限度額（月額）	
		個人単位 （外来）	世帯単位 （入院，入院＋外来）
下記以外		18,000 円 < 年間上限額 144,000 円 >	57,600 円
低所得者 （住民税非課税等）	II I 以外	8,000 円	24,600 円
	I 年金受給額 80 万円以下 等、総所得金額がゼロと なる場合		15,000 円

エ 75歳到達月の自己負担限度額の特例

75歳到達月に限り組合員が「誕生日前に加入していた医療保険制度」と「新たに加入した後期高齢者医療制度」のそれぞれの自己負担限度額が半額になります。また、当該組合員の被扶養者についても、組合員の75歳到達月はそれぞれの自己負担限度額が半額になります。1日生まれの方は、月の初日から後期高齢者医療制度に加入するため、当該制度の対象外です。



3 高額療養費の対象

高額療養費の対象は次のアからエまでのいずれかに該当する場合があります。

ア 同一医療機関ごとに窓口負担額が自己負担限度額を超えるとき

組合員又はその被扶養者一人1か月（月単位）の医療機関ごとの窓口支払額が、自己負担限度額を超えるとき、その超える額。

イ 同一世帯の合算額が自己負担限度額を超えるとき（世帯合算）

同一世帯の組合員又はその被扶養者一人1か月の医療機関ごとの窓口支払額が、21,000円以上で複数あるとき、それらの額を合算し自己負担限度額を超えるとき、その超える額。

70歳以上の場合は、全ての窓口支払額を合算した額が自己負担限度額を超えるとき、その超える金額。

この場合、自己負担限度額から50,000円（標準報酬月額が530,000円以上の方は、100,000円）を控除した額が、「家族療養費附加金」等として支給されます。なお、公費負担医療の場合、合算の対象から除外されることがあります。

ウ 同一医療機関において自己負担限度額を超える窓口負担額の月が過去12か月以内に3回以上あったとき（多数回該当）

組合員又は被扶養者一人1か月の同一医療機関ごとの自己負担限度額を超える窓口支払額が、療養のあった月以前の12か月以内に3回以上あったとき、4回目からは44,400円（標準報酬月額830,000円以上の方は140,100円、530,000円から790,000円までの方は93,000円）を超える額。

なお、公費負担医療の場合で、世帯合算の対象から除外される場合は、回数に含みません。

エ 特定疾病と定められた疾病について

「特定疾病^{※1}」と定められた疾病については、10,000円（人工腎臓を実施している慢性腎不全の方のうち、69歳以下で、診療月の標準報酬月額が530,000円以上である組合員又はその被扶養者は20,000円）を超える額。

医師の証明を得た「**特定疾病療養受療証交付申請書**」を、所属を經由して^{※2}当共済組合へ申請し、当該受療証の交付を受け、組合員証と併せて受診する医療機関へ提出してください。窓口負担額は、同一医療機関ごとに1か月10,000円（又は20,000円）までとなります。

※1 「特定疾病」とは厚生労働大臣が定めた次の疾病で、保険者の認定を受けたもの

- (1) 人工腎臓を実施している慢性腎不全（人工透析）
- (2) 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害（血友病）
- (3) 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、厚生労働大臣の定めるもの（血液製剤による感染）に限る。

※2 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群の場合は、当共済組合で直接申請手続をお受けします。

4 請求手続から振込みまで

医療機関等からの請求によって都共済が処理するので、組合員の請求手続は不要です。

● 給付決定通知及び振込み

原則として、受診月の約3か月後の25日（金融機関が休みのときは翌営業日）に、届出の個人口座又は所属口座に振込みます^{※1}。また、同時期に所属所（勤務先）を通して「医療給付金等決定兼支払通知書^{※2}」を組合員宛てに通知します。

※1 公費の医療助成を受けている場合は、受診月の約4か月後の振込みになります。

※2 「支払通知書」は再発行できません。

* 東京都の知事部局・議会局・行政委員会については、手続等の窓口が総務事務センターになる場合があります。詳しくは総務事務センターヘルプデスク（03-6258-0685）にお問合せください。

● 高額な療養費の窓口での負担軽減

窓口負担額が高額になるときは、事前に「限度額適用認定証」の交付を受けて、医療機関に提示することによって、窓口での支払額を自己負担限度額に軽減することができます（P.12参照）。70歳以上の方は「高齢受給者証」を提示することによって、窓口負担額が軽減されます。この場合、高額療養費に該当する額は、都共済が医療機関等に支払います。

5 医療費の基礎控除額、自己負担限度額、高額療養費の算定

医療費の基礎控除額・自己負担限度額・高額療養費は、次の種別ごとに算定します。

- 診療月ごと（月の1日から月末まで）
- 一人ずつ（組合員、その被扶養者）
- 医療機関等ごと（内科、歯科、調剤薬局ごと）
- （同一医療機関でも）入院、外来（通院）ごと
- （同一医療機関でも）内科、歯科、調剤薬局ごと



● 組合員（被扶養者）（所得区分㉔（P.14参照））の負担例

◆ 保健医療機関で療養した総医療費が1か月100万円の場合

（1か月＝月の1日から末日まで）

自己負担限度額 $80,100 \text{ 円} + (1,000,000 \text{ 円} - 267,000 \text{ 円}) \times 0.01 = 87,430 \text{ 円} (1)$

総医療費 1,000,000 円 (2)			
都共済の負担額 (7割) (2) × 0.7	組合員の窓口負担額 (3割) : 入院時食事療養費、保険適用外の医療費等を除く 300,000 円 (3) (2) × 0.3		
	自己負担限度額 87,430 円 (1)		
	都共済からの法定給付 (高額療養費) 212,570 円 (4) (3) - (1)	都共済からの附加給付 (組合員の場合： 一部負担金払戻金) (被扶養者の場合： 家族療養費附加金) 62,430 円 (3) - (4) - (5)	基礎控除額 (組合員が最終的に 負担する額) 25,000 円 (5)

この額が受診月の約3か月後に届出済みの組合員の個人口座又は所属口座へ自動的に振込まれます。

◆ 保健医療機関で療養した総医療費が1か月20万円の場合 (1か月=月の1日から末日まで)

総医療費 200,000円 (1)			
都共済の負担額 (7割) (1) × 0.7	組合員の窓口負担額 (3割) : 入院時食事療養費、保険適用外の医療費等を除く 60,000円 (2) (1) × 0.3		
	都共済からの法定給付 (高額療養費) 0円	都共済からの附加給付 (組合員の場合: 一部負担金払戻金) (被扶養者の場合: 家族療養費附加金) 35,000円 (2) - (3)	基礎控除額 (組合員が最終的に 負担する額) 25,000円 (3)

この額が受診月の約3か月後に届出済みの組合員の個人口座又は所属口座へ自動的に振込まれます。

6 高額介護合算療養費の支給

組合員又はその被扶養者が、介護保険制度による給付を受けた際の世帯の自己負担額の合計と、医療保険制度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に、その超えた額が当共済組合と区市町村から給付されます。

ア 対象期間

毎年8月1日から翌年の7月31日までの1年間の受診に係る自己負担額が計算の対象となります。したがって、申請手続は計算の対象となる期間が経過した後からとなります。

イ 基準額

所得区分		医療保険 + 介護保険 (70～74歳のみの世帯)	医療保険 + 介護保険 (69歳以下を含む世帯)
標準報酬月額 83万円以上		212万円	212万円
標準報酬月額 53万円～79万円		141万円	141万円
標準報酬月額 28万円～50万円		67万円	67万円
標準報酬月額 26万円以下		56万円	60万円
低所得者 (住民税非課税)	Ⅱ I以外	31万円	34万円
	Ⅰ 年金受給額80万円以下等、 総所得金額がゼロとなる場合	19万円	

* 69歳以下の方は、自己負担額が1レセプト当たり21,000円以上の場合に合算します。

* 高額療養費、一部負担金払戻金及び家族療養費附加金を控除した額を合算します。

ウ 手続の流れ

- ① 区市町村介護保険担当窓口へ「支給兼負担額証明書」の交付を申請します。
- ② 区市町村介護保険担当窓口から「自己負担額証明書」の交付を受けます。
- ③ ②の証明書を添付し、当共済組合へ支給申請書を提出します。
- ④ 当共済組合では、②と医療保険の負担額を計算し、その結果を区市町村に通知します。
- ⑤ 当共済組合と区市町村から給付を行います。



高額な窓口負担の軽減

担当部署 医療保険課 給付担当

☎ 03-5320-7326 (内線57-231~5)

✉ S9000064@section.metro.tokyo.jp

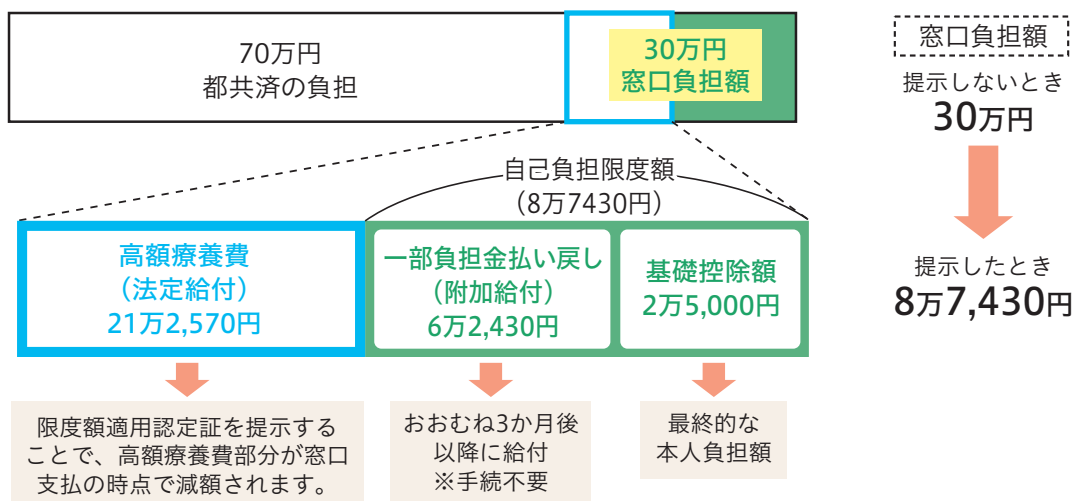
1 | 限度額適用認定証等

組合員等が保険医療機関等で療養を受けた場合、「限度額適用認定証」又は「限度額適用・標準負担額減額認定証」(以下「限度額適用認定証等」という。)を提示することにより、医療費の窓口負担額が、高額療養費を除いた自己負担限度額(P.6~8参照)に軽減されます。

この場合、都共済が保険医療機関等に対して軽減された高額療養費を支払います。なお、マイナンバーカードの保険証利用により、限度額適用認定証がなくても、同様の取扱いがされます。

◆ 限度額適用認定証の提示例

(組合員の入院、所得区分 **ウ** (P.14 参照)、総医療費 100 万円のと看)



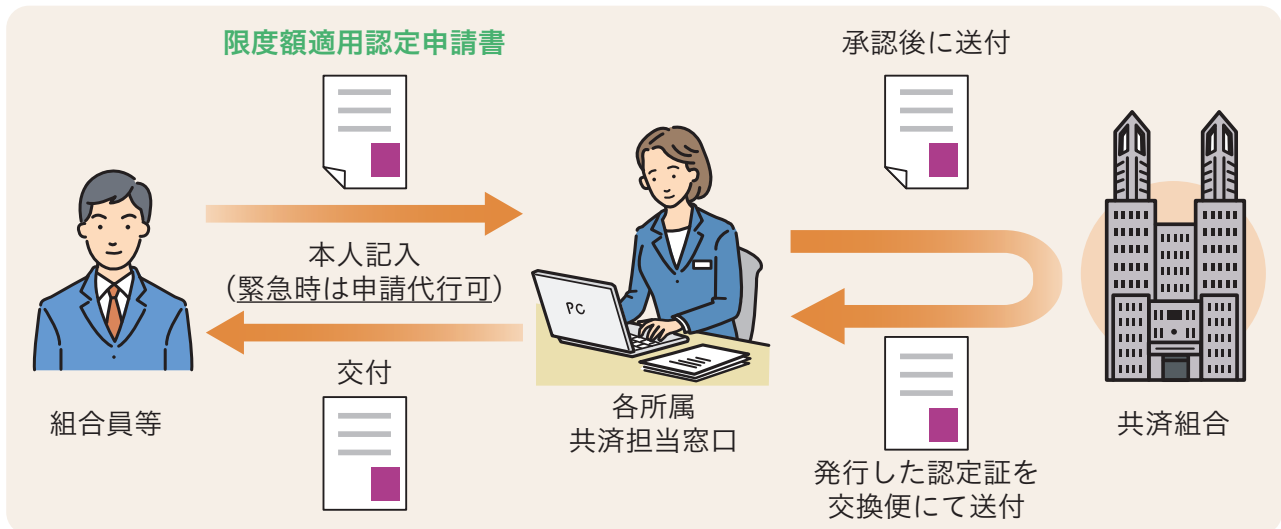
* 「限度額適用認定証等」を提示しない場合は、自己負担割合に応じた窓口負担額をお支払いください。後日、都共済から高額療養費と一部負担金払戻金、又は家族療養費附加金を支給します。

* 自己負担限度額の算定方法は P. 6~8 を参照してください。

1 「限度額適用認定証」等の申請のしかた

窓口負担額が高額になると予想される場合は、「**限度額適用認定申請書**」(所得区分 **才** (P.14 参照) の場合は「**限度額適用・標準負担額減額認定申請書 (様式第 26 号)**」)により、所属所(勤務先)を経由して当共済組合へ申請してください。「限度額適用認定証等」を、所属所(勤務先)を経由して交付します。自宅等へ「限度額適用認定証等」の郵送を希望される方は、申請の際に返信用封筒及び切手を同封してください。

◆ 申請例



- 発行済みの「限度額適用認定証等」がある場合は、返納が必要です。
- 被扶養者の場合、認定期限を超える期間については申請できません。
- 直接当共済組合窓口での交付を希望する方は、交付の可否を確認するため、事前に電話連絡をして、申請書及び身分証明書を持参してください。受付時間は午前9時30分から11時30分まで及び午後1時15分から5時までです。土日祝日、年末年始は受けません。

2 「限度額適用認定証等」の注意事項

ア 「限度額適用認定証」の有効期限

原則として、当共済組合が申請書を収受した日の属する月の1日から最長1年以内の月末までです。発効日を前月からとすることはできませんのでご注意ください。

* 申請書の当共済組合への到着が遅れると、療養期間に使用できない恐れがあります。緊急の場合は、窓口での交付をご利用ください。

イ 「限度額適用・標準負担額減額認定証」の有効期限

原則として、当共済組合が申請書を受け取った日に属する月の1日から次の7月末日までです。

◆ 請求書の入手先

所定の請求書等は、所属所(勤務先)の共済事務担当者(所属へ配布の「短期給付請求書等様式集」をコピー)又は[都共済ホームページ](#)から入手してください。

* 東京都の知事部局・議会局・行政委員会については、手続等の窓口が総務事務センターになる場合があります。詳しくは総務事務センターヘルプデスク(03-6258-0685)にお問合せください。

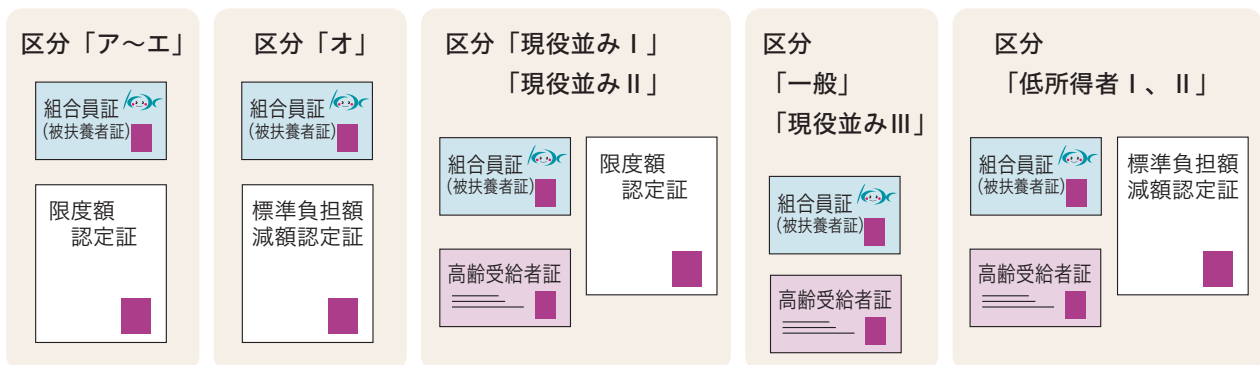
ウ 所得区分が変更になったとき

所得区分が変更した場合は、自己負担限度額が変わるため発行済みの「限度額適用認定証等」を返納してください。引き続き「限度額適用認定証等」が必要な場合は、再度申請手続きが必要になります。

所得区分	標準報酬月額	対象者年齢
ア	83万円以上	69歳以下
イ	53万円～79万円	
ウ	28万円～50万円	
エ	26万円以下	
オ	住民税非課税世帯等	
現役並みⅢ	83万円以上	70歳以上
現役並みⅡ	53万円～79万円	
現役並みⅠ	28万円～50万円	
一般	26万円以下	
低所得者Ⅰ、Ⅱ	住民税非課税世帯等	

エ 医療機関での限度額認定証等の提示

医療費が高額になる際には、限度額認定証等を医療機関へ提示してください。70歳以上の組合員及び被扶養者は、限度額適用認定証の代わりに高齢受給者証を提示してください。ただし、70歳以上の組合員のうち、高齢受給者証の一部負担金の割合が3割であり、「現役並みⅠ」、「現役並みⅡ」の所得区分に該当する組合員及びその被扶養者は、限度額適用認定証の提示が併せて必要となります。



オ 退職後に任意継続組合員になったとき

組合員証に記載の記号が「都」から「都任継」に変わりますので、発行済みの「限度額適用認定証等」を返納してください。引き続き「限度額適用認定証等」が必要な場合は、改めて申請手続きをしてください。掛金を納付している間が有効期間です。

3 「限度額適用認定証等」の返納

次のいずれかに該当した場合は、速やかに「限度額適用認定証等」を返納してください。また、有効期限内であっても返納することができます。

- ① 組合員（任意継続組合員）の資格を喪失したとき。
- ② 被扶養者がその要件を欠くに至ったとき。
- ③ 有効期限に達したとき。
- ④ 組合員の所得区分に変更があったとき（2 - ウ参照）。
- ⑤ 任意継続組合員になったとき（2 - オ参照）

4 「限度額適用認定証等」を使用しなかった場合

まずは自己負担割合に応じた窓口負担額をお支払いください。後日、共済組合から高額療養費と一部負担金払戻金（又は家族療養費附加金）が支給されます。この場合、組合員の手続は不要です。最終的な組合員の負担額（基礎控除額）は、「限度額適用認定証等」の提示とは無関係であり同額となります。

2 | 入院時食事療養費（地方公務員等共済組合法第57条の3）

組合員及びその被扶養者が入院中に提供される食事を受けたとき、医療費の一部負担（自己負担）とは別に、法令等で定められた食事療養標準負担額を支払うことによって、残りの額は、組合員の場合「入院時食事療養費」として、被扶養者の場合「家族療養費」として、都共済から医療機関へ支払われます。ただし、自己都合による特別な食事の費用は、給付の対象になりません。

なお、「食事療養標準負担額」は、附加給付（一部負担金払戻金、家族療養費附加金）及び高額療養費の対象になりません。

1 食事療養標準負担額（1食当たりの自己負担額）

令和5年3月時点

A	一般（B、C、Dのいずれにも該当しない方）			460円
B	指定難病患者又は小児慢性特定疾病児童等（C、Dのいずれにも該当しない方）			260円
C	住民税 非課税世帯等	所得区分「オ」 又は低所得者Ⅱ	過去1年間の入院期間が90日以内	210円
			過去1年間の入院期間が90日超	160円
D	低所得者Ⅰ			100円

● 以下の減額対象の場合は、指定された受給者証等を医療機関へ提示してください。

指定難病患者……………特定医療費（指定難病）受給者証^{※1・2}

小児慢性特定疾病児童……………小児慢性特定疾病医療受給者証^{※1・3}

C又はD……………限度額適用・標準負担額減額認定証

※1 受給者証に記載された傷病で入院中に提供される食事のみ、減額の対象となります。

※2 特定医療費（指定難病）受給者証については、お近くの保健所にお問合せください。

※3 小児慢性特定疾病医療受給者証については、お住まいの市区町村窓口又は保健所にお問合せください。

2 標準負担額減額認定の申請

前表のC、Dに該当する組合員又は被扶養者が入院する場合には、「[限度額適用・標準負担額減額認定申請書（様式第26号）](#)」に最新の住民税非課税証明書（療養月が4月から7月までの場合は前年度の住民税非課税証明書）を添付し、所属所（勤務先）を経由して当共済組合へ申請してください。「限度額適用・標準負担額減額認定証」を組合員に交付します。

情報提供ネットワークシステムを活用し、住民税非課税証明書の提出を省略する場合は、地方税関係情報の取得に関する同意書を提出してください。

3 入院時食事療養費の請求

組合員証（被扶養者証）を提示できずに入院したときは、「療養費・家族療養費」（P.20 参照）の請求と併せて「入院時食事療養費」の請求を、所属所（勤務先）を経由して行ってください。「食事療養標準負担額」を除いた額が、都共済から支払われます。

4 標準負担額の差額請求

標準負担額の減額対象者が、医療機関等で減額を受けなかった場合には、標準負担額の差額請求を、所属所（勤務先）を経由して申請してください。申請時は「[標準負担額差額請求書（様式第27号）](#)」に領収証（原本）及び標準負担額減額対象であることを証明する書類を添付してください。

3 | 入院時生活療養費（地方公務員等共済組合法第57条の4）

療養病床に入院する65歳以上75歳未満の高齢者（後期高齢者医療制度受給対象者を除く。）が生活療養（食事療養や適切な療養環境をつくるための療養）を受けたときは、その生活療養に要した費用について生活療養標準負担額を支払います。残りの額は、組合員の場合「入院時生活療養費」として、被扶養者の場合「家族療養費」として、都共済から医療機関に支払います。ただし、自己都合による特別な食事の費用は、給付の対象になりません。

なお、「生活療養標準負担額」は、附加給付（一部負担金払戻金、家族療養費附加金）及び高額療養費の対象になりません。

1 生活療養標準負担額（食費1食当たり、居住費1日当たりの自己負担額）

表1 （指定難病患者又は厚生労働大臣が定める者以外の者）

令和5年3月時点

区 分			食費	居住費
A	B、Cのいずれにも該当しない者	入院時生活療養（Ⅰ）を算定する保険医療機関 ^{※1} に入院している者	460円	370円
		入院時生活療養（Ⅱ）を算定する保険医療機関 ^{※2} に入院している者	420円	370円
B	住民税非課税世帯等 ^{※4}	所得区分「オ」又は低所得者Ⅱ	210円	370円
C		低所得者Ⅰ	130円	370円

* 東京都の知事部局・議会局・行政委員会については、手続等の窓口が総務事務センターになる場合があります。詳しくは総務事務センターヘルプデスク（03-6258-0685）にお問合せください。

表2 (指定難病患者又は厚生労働大臣が定める者)

令和5年3月時点

区分			食費	居住費	
A	B、Cのいずれにも該当しない者	指定難病患者以外の厚生労働大臣が定める者 ^{※3}	460円	370円	
		指定難病患者 ^{※4}	260円	0円	
B	住民税非課税世帯等 ^{※4}	所得区分「オ」又は低所得者Ⅱ	過去1年間の入院期間が90日以内	210円	0円
			過去1年間の入院期間が90日超	160円	0円
C		低所得者Ⅰ	100円	0円	

※1 「入院時生活療養費（Ⅰ）を算定する保険医療機関」とは、栄養士による食事療養が行われている等一定の要件を満たす届出をしている保険医療機関を指します。

※2 「入院時生活療養費（Ⅱ）を算定する保険医療機関」とは、※1以外の保険医療機関のことを指します。

※3 症状の程度が重篤な者又は常時若しくは集中的な医学的処置、手術その他の治療を要する者として厚生労働大臣が定める者です。

※4 減額対象の場合は、指定された受給者証等を医療機関へ提出してください。

2 入院時生活療養費の請求

組合員証（被扶養者証）を提示できずに入院したときは、「療養費・家族療養費」の請求と併せて「入院時生活療養費」の請求を、所属所（勤務先）を経由して行ってください。「入院時生活療養標準負担額」を除いた額が支払われます。標準負担額減額認定の申請及び標準負担額の差額請求についてはP.16を参照してください。

院外処方箋で調剤を受けたとき

担当
部署 医療保険課
給付担当

☎ 03-5320-7326 (内線57-231~5)

✉ S9000064@section.metro.tokyo.jp

1 医療費・調剤費合算賦課金が給付される場合

組合員又は被扶養者個人単位で、診療月ごとに同一医療機関の通院（外来）で支払った医療費と、その際に発行された処方箋により調剤を受けた調剤薬局で支払った調剤費を合算して基礎控除額（25,000円。標準報酬月額が530,000円以上の方は50,000円。）を超える場合は、医療費・調剤費合算附加金の給付対象となります。

2 申請のしかた

医療費・調剤費合算附加金の請求は、所属所（勤務先）を経由して申請してください。申請は、「療養費・家族療養費請求書（様式第8号）」に処方箋を発行した医療機関の領収書（写し）とその処方箋から調剤を受けた調剤薬局の領収書（写し）を添付して、月ごとに行ってください。

* 東京都の知事部局・議会局・行政委員会については、手続等の窓口が総務事務センターになる場合があります。詳しくは総務事務センターヘルプデスク（03-6258-0685）にお問合せください。

公費の医療費助成の認定を受けたとき・受けられなくなったとき

担当
部署医療保険課
公費担当

☎ 03-5320-7329 (内線57-238)

✉ S9000064@section.metro.tokyo.jp

公費の医療費助成制度とは、社会福祉や公衆衛生上の観点から、国又は地方公共団体が医療費の自己負担分を助成する制度です。助成内容等の詳細は、居住地の市区町村や保健所等にお問合せください。

公費の医療費助成を受けている場合、助成により自己負担額が軽減されるため共済組合からの附加給付が制限され給付されません。ただし、助成後の自己負担額が基礎控除額を超えたときは給付の対象となります。

1 認定を受けたとき（新規、再認定、更新時の条件変更等）

医療費助成の認定を受けたときは、「**公費医療助成認定該当者届**」に認定された医療証等の写しを添付し、所属所（勤務先）の共済事務担当者を経由して提出してください。認定を受けているにもかかわらず、届出をせずに都共済から給付を受けたときは、助成額との重複分を返還していただきます。更新時に助成条件が変更になったとき、及び非該当となった後、再度認定されたときも「**該当者届**」を提出してください。なお、期限延長のみであれば届出は不要です。

2 医療助成が受けられなくなったとき（治ゆ、転居、所得超過、年齢到達、制度変更等）

「**公費医療助成認定非該当者届**」に受給資格消滅通知書の写しを添付し、所属所（勤務先）の共済事務担当者を経由して提出してください。添付する書類がない場合は備考欄に非該当理由を記載してください。この届が提出されないと、公費の医療費助成を受けているとみなされ、都共済からは給付されない場合があります。

◆ 公費の医療費助成該当者の居住地と届出手続の関係

	対象者が関東地方・山梨県に在住	対象者が左記以外の地域に在住
乳幼児・義務教育就学児 医療費助成	該当者届・非該当者届 いずれも不要（例外は★参照）	該当者届…必要 非該当者届…不要（例外は★参照）
上記以外の医療費助成	該当者届・非該当者届いずれも必要	

★ 所得制限により助成が受けられないときは非該当者届、所得制限が見直され再度助成が受けられるようになったときは該当者届を提出してください。

● 公費の医療費助成と共済組合の給付例

共済組合の負担額（7割）	医療費の3割		
	高額療養費 （共済組合）	公費 （自治体等）	自己負担額 （組合員）

* 自己負担額が基礎控除額を超えた場合には、都共済から附加給付が支給されます。

* 公費の医療証等が使えない地域での受診、公費の医療証等の未提示及び学校等でけがをして乳幼児・義務教育就学児医療費助成が受けられない等のため、基礎控除額を超える金額を医療機関等の窓口で支払った場合は、公費担当までお問合せください。

* 養育医療、更生医療、育成医療等の支給認定を受けている方で、基礎控除額を超える自己負担額を区市町村に支払った場合は、都共済の給付の対象となります。

* 東京都の知事部局・議会局・行政委員会については、手続等の窓口が総務事務センターになる場合があります。詳しくは総務事務センターヘルプデスク（03-6258-0685）にお問合せください。

柔道整復師、はり・きゅう師、マッサージ師の施術





担当 医療保険課
部署 給付担当

☎ 03-5320-7327 (内線57-239)

✉ S9000064@section.metro.tokyo.jp

柔道整復の受領委任制度（療養費を本人に代わり保険者から受け取れる制度）を利用している施術師から療養費の対象となる施術を受ける場合は、組合員証・被扶養者証を提示して、3割の一部負担金で施術を受けることができます。なお、柔道整復師、はり・きゅう師、マッサージ師等から施術を受ける場合、健康保険の対象となる施術は限られています。

◆ 療養費の対象となる施術・対象外の施術

	対象となる施術	対象とならない施術
柔道整復師の場合	<p>骨折、脱臼 応急手当を除き、医師の同意が必要</p> <p>打撲及び捻挫</p> 	<p>単なる(疲労性、慢性的な要因からくる)肩こり、筋肉疲労、五十肩や腰痛等</p> <p>スポーツ等による筋肉疲労、筋肉痛</p> <p>脳疾患後遺症、神経痛、リウマチ等の慢性病からくる痛みや痺れ</p> <p>症状の改善が見られない長期の施術</p> 
はり師、きゅう師、指圧師の場合	<p>はり師、きゅう師</p> <p>神経痛、リウマチ、頸腕症候群、五十肩、腰痛症、頸椎捻挫後遺症のうち慢性病であって、はり師、きゅう師の施術に医師が同意したもの</p> <p>あん摩・マッサージ・指圧師</p> <p>筋麻痺、関節拘縮等の麻痺の施術に医師が同意したもの</p> 	<p>疲労回復や慰安を目的としたマッサージ</p> 

* 保険医療機関（病院等）で同じ対象疾患の治療を受けている場合、健康保険は適用されません。

● 注意事項 ●

- 受領委任制度を利用していない施術師から施術を受ける場合や、鍼灸・マッサージ等の施術費用については、全額を一旦支払い、後日療養費として当共済組合へ請求してください。
- 保険医療機関（病院等）で同じ対象疾患の治療を受けている場合、健康保険は適用されません。
- 都共済では各施術師の保険請求が適正に行われているか審査及び点検を行っていますので、後日、受診内容について問合わせることがあります。

申請が必要な給付

担当
部署医療保険課
給付担当

03-5320-7326 (内線57-231~5)



S9000064@section.metro.tokyo.jp

組合員証・被扶養者証等を当該医療機関に提出できない場合は、医療費の全額を医療機関の窓口へ支払わなければなりません。ただし、下表のような場合は、当共済組合が必要と認めた場合に限り、組合員の請求に基づき、組合員証・被扶養者証等を使用したときの給付に相当する費用を「療養費・家族療養費」として支給します。(公務によらない病気又は負傷に限ります。)

なお、組合員証・被扶養者証等を提出できず入院した場合に、食事又は病室に要した費用を全額負担したときには、「入院時食事療養費」又は「入院時生活療養費」を支給します(標準負担額は自己負担)。

◆ 支給対象一覧表 (公務によらない病気又は負傷に限る。)

区分		療養費・家族療養費	
請求 手続 等	請求手続	請求書と各添付書類を、所属所(勤務先)の共済事務担当者を經由して提出してください。任意継続組合員は、旧所属の証明は不要ですので、直接給付担当宛てに請求してください(郵送可)。請求書は受診者、診療月、医療機関ごとに1部ずつ必要です。	
	請求書類	療養費・家族療養費請求書(様式第8号)	
	支給方法	1 振込日	毎月 5日までに当共済組合において收受・決定したものは原則として 当月 25日 毎月 20日までに当共済組合において收受・決定したものは原則として 翌月 10日 (金融機関が休みのときは、翌営業日)
		2 振込先	届出済みの組合員の個人口座です。個人口座を届け出していない場合は所属口座となります。振込口座が不明な場合は、所属所(勤務先)の共済事務担当者にお問合せください。
時効	給付事由が生じた日の翌日から2年です。 この間に請求をしなかったときは、時効によって給付を受ける権利を失います。		
保険医療機関がない地域で受診したとき	支給要件	<ol style="list-style-type: none"> 1 居住地付近に保険医療機関がないとき。 2 保険医がいても、その医師が傷病等のため治療に当たることができないとき。 3 保険医がいても、その医師の専門外の治療を要するため、その治療ができないとき。 	
	添付書類	<ol style="list-style-type: none"> 1 傷病名、診療内容、部位及び治療方法等が具体的に記入されている診療内容明細書等(原本) ○ 医療費等支払時に発行される「領収書兼明細書」、「診療明細書」等は認められません。 2 領収書(写し) 	

* 東京都の知事部局・議会局・行政委員会については、手続等の窓口が総務事務センターになる場合があります。詳しくは総務事務センターヘルプデスク(03-6258-0685)にお問合せください。

区分	療養費・家族療養費	
保険医療機関がない地域で受診したとき	備考	<ol style="list-style-type: none"> 1 診療内容明細書等は、その診療内容（例えば投薬・注射等についてはその薬品名及び量を、処置・手術についてはその部位及び方法等、検査内容）を医療機関で具体的に記入してもらいます。 2 内容が不明なもの、診療に直接関係ないもの、消費税等は支給の対象とはなりません。 3 療養費、家族療養費として支給される額の算定については、厚生労働大臣の定める基準によって算定されますので、実際に支払った額と異なる場合があります。
組合員証・被扶養者証を提出できずに受診したとき	支給要件	国内旅行・出張先等で急病になったとき、組合員の資格取得手続中、被扶養者の認定手続中に受診したとき等組合員証・被扶養者証を提出できずに受診し、やむを得ずその医療費等の全額を支払ったとき。
	添付書類	<ol style="list-style-type: none"> 1 医療機関の場合は「診療報酬明細書」（原本）、薬局の場合は「調剤報酬明細書」（原本） <ul style="list-style-type: none"> ○ 医療機関に「診療報酬明細書」又は「調剤報酬明細書」の発行を依頼してください。 ○ 医療費等支払時に発行される「領収書兼明細書」、「診療明細書」等は認められません。 2 領収書（写し） 3 診療報酬領収済明細書又は調剤報酬領収済明細書（原本） <ul style="list-style-type: none"> ○ 1、2の書類が提出できないとき。
	備考	<ol style="list-style-type: none"> 1 診療報酬領収済明細書・調剤報酬領収済明細書は、その診療内容（例えば投薬・注射等についてはその薬品名及び量を、処置・手術についてはその部位及び方法等、検査内容）を医療機関で具体的に記入してもらいます。 2 内容が不明なもの、診療に直接関係ないもの、消費税等は支給の対象とはなりません。 3 保険が適用されない医療（自由診療）は支給対象とはなりません。（例：視力回復を目的とした手術、美容整形、歯科の自由診療（インプラント）等）
国外で受診したとき	支給要件	国外で発生した傷病について、国外で療養を受けたとき。（国内において保険診療と認められる範囲内のもの。）
	添付書類	<ol style="list-style-type: none"> 1 傷病名、診療内容、部位及び治療方法等が具体的に記入してある診療内容明細書等（原本） なお、短期給付請求書等様式集の「診療内容明細書（医科・歯科）[英語版]」、「領収明細書（医科）[英語版]」、「領収明細書（歯科）[英語版]」をあらかじめ持参されると便利です。 2 支払った金額が分かる領収書等（写し） 3 上記添付書類（診療内容明細書及び領収書等）の日本語翻訳文 日本語翻訳文には、翻訳者（組合員本人による翻訳も可）の住所、電話番号、氏名を記載し、押印してください。 4 調査に関する同意書 5 旅券の写し等の渡航証明書類

区分	療養費・家族療養費								
国外で受診したとき	備考	<ol style="list-style-type: none"> 診療内容が不明なもの、診療に直接関係ないもの、税金等は支給の対象となりません。 療養費、家族療養費として支給される額の算定については、厚生労働大臣の定める基準によって算定されますので、実際に支払った額と大きく異なる場合があります。 (海外旅行保険の対応をお勧めします。) 翻訳料は自己負担となります。 							
以前加入していた健康保険の保険証で受診したため、当該健康保険組合へ医療費を返還したとき	支給要件	組合員の資格取得手続中、被扶養者の認定手続中等により、以前加入していた健康保険制度の保険証で受診したため、当該健康保険組合へ医療費を返還したとき。							
	添付書類	<ol style="list-style-type: none"> 『診療報酬明細書の写し』在中（開封厳禁）の当該健康保険組合発行の封書 当該健康保険組合への医療費返還の領収書（写し） 							
治療上必要な装具の費用	支給要件	医師が治療上必要と認めた関節用装具、コルセット等の治療用装具を作製したとき。							
	添付書類	<ol style="list-style-type: none"> 医師が装具の装着を必要と認めた証明書（原本） 装具の作製日は医師の作製指示日以後となります。 装具の製作所発行の領収書（写し） 装具の明細書（写し） 領収書に明細が記載されている場合は不要です。 							
	備考	<ol style="list-style-type: none"> 日常生活や職業上の不便解消のための装具（眼鏡、補聴器等）は、給付の対象となりません。 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治療に必要な弾性ストッキング・弾性スリーブ等は支給の対象となります。 * 保険給付可能な上限額 <table border="0" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>弾性ストッキング両足用</td> <td>28,000 円</td> </tr> <tr> <td>弾性ストッキング片足用</td> <td>25,000 円</td> </tr> <tr> <td>弾性スリーブ</td> <td>16,000 円</td> </tr> <tr> <td>弾性グローブ</td> <td>15,000 円</td> </tr> </table> 以前に作製した装具と同種のを製作するとき、使用期間（耐用年数）が定められているため、給付の対象とならない場合があります。 治療用という観点から、医師の診断から最長でも3か月以内に装具を作製してください。 障害者手帳をお持ちの方は装具を作製する前に「補装具費の支給」について区市町村の障害福祉の窓口にご相談してください。 	弾性ストッキング両足用	28,000 円	弾性ストッキング片足用	25,000 円	弾性スリーブ	16,000 円	弾性グローブ
弾性ストッキング両足用	28,000 円								
弾性ストッキング片足用	25,000 円								
弾性スリーブ	16,000 円								
弾性グローブ	15,000 円								
小児弱視等の治療用眼鏡等	支給要件	小児（9歳未満）の弱視、斜視及び先天性白内障術後の屈折矯正の治療のため、医師が必要と認めた眼鏡及びコンタクトレンズ（以下「治療用眼鏡等」）を購入したとき。							
	添付書類	<ol style="list-style-type: none"> 保険医の治療用眼鏡等の作製指示書等（写し） 購入日より指示日が後日の場合は認められません。 治療用眼鏡等を購入した際の領収書（写し） 患者の検査結果（写し） 作製指示等に記載されている場合は不要です。 							

区分	療養費・家族療養費										
小児弱視等の治療用眼鏡等	備考	<p>1 原則、近視・遠視・乱視等の視力矯正は給付の対象となりません。 [例外事例] 小児用弱視等の治療用眼鏡等に係る療養費の支給について</p> <p>2 治療用眼鏡等の更新 5歳未満の小児に係わる治療用眼鏡等の更新については、更新前の装着期間が1年以上ある場合にのみ支給対象となります。 5歳以上の小児に係わる治療用眼鏡等の更新については、更新前の装着期間が2年以上ある場合にのみ支給対象となります。</p> <p>3 その他 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、保険の適用対象外です。 保険給付可能な上限額は以下のとおりです。</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th></th> <th>～令和6年3月31日まで</th> <th>令和6年4月1日～</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>3倍未満</td> <td>38,902円</td> <td>40,492円</td> </tr> <tr> <td>3倍以上</td> <td>62,010円</td> <td>60,208円</td> </tr> </tbody> </table>		～令和6年3月31日まで	令和6年4月1日～	3倍未満	38,902円	40,492円	3倍以上	62,010円	60,208円
			～令和6年3月31日まで	令和6年4月1日～							
		3倍未満	38,902円	40,492円							
3倍以上	62,010円	60,208円									
<p>親子、兄弟、配偶者等の親族以外の者から輸血のため生血液の提供を受けたとき。(保存血は対象外です。)</p> <p>1 輸血が必要であるという医師の証明書 2 生血液購入先の領収書(写し)</p>											
柔道整復師の施術費用	支給要件	骨折、脱臼、打撲、捻挫、挫傷等で柔道整復師の施術を受けたとき。ただし、骨折、脱臼については、医師の同意(応急手当を行う必要があるときを除く。)が必要です。									
	添付書類	<p>1 柔道整復施術療養費領収済明細書</p> <p>2 医師の同意書(応急手当以外の骨折・脱臼のとき)</p>									
はり、きゅうの施術費用	支給要件	次の場合に医師の同意を得て、はり、きゅう師の施術を受けたとき。 1 神経痛 2 リウマチ 3 頸腕症候群 4 五十肩 5 腰痛症 6 頸椎捻挫後遺症 7 その他									
	添付書類	<p>1 所定の医師の同意書(原本) 更新の場合は施術料金領収書の再同意記録欄の記入で可能です。</p> <p>2 はり、きゅう師の施術料金領収書(原本)</p>									
	備考	<p>1 保険医療機関でこの疾病について治療(投薬を含む。)を受けている場合は、支給対象外です。</p> <p>2 同意書記載の「施術を必要と認めた期間」は、平成30年10月からの施術分は最長6か月となります(平成30年9月以前は3か月)。</p>									
マッサージの施術費用	支給要件	脳出血等による片麻痺(ひ)及び関節拘縮等、主として麻痺に対するもので、医師の同意を得て、マッサージ師の施術を受けたとき(ただし、はり、きゅうとの併給はできません。)									
	添付書類	<p>1 所定の医師の同意書(原本) 更新の場合は施術料金領収書の再同意記録欄の記入で可能です。</p> <p>2 マッサージ師の施術料金領収書(原本)</p>									
	備考	保険医療機関でこの疾病について治療(投薬を含む。)を受けている場合は支給対象外です。									
感染症により隔離収容されたときの食事代	支給要件	感染症法に定める感染症のため、医療機関等へ隔離収容されたときの食事代を支払ったとき。									
	添付書類	食事代の領収書(写し)									

* 療養費・家族療養費は、**非課税**です。

患者の移動

担当
部署

医療保険課
給付担当

☎ 03-5320-7326 (内線57-231~5)

✉ S9000064@section.metro.tokyo.jp

移送費・家族移送費の支給 (地方公務員等共済組合法第58条の3、第59条の4)

1 支給要件

組合員・被扶養者が療養を受けるために、救急車を利用できずに病院又は診療所に移送された場合、下記の1～3の全てを満たし、当共済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・家族移送費」として支給します。

- 1 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。
- 2 患者が当該療養の原因である負傷、疾病のため移動困難であること (仰臥位等)。
- 3 緊急その他やむを得ないこと。

2 支給金額・請求手続等

区分	移送費・家族移送費	
支給金額	1 移送先の医療機関までの交通費が、その傷病の状態に応じて最も経済的な経路及び交通機関の運賃により算定された額で支給されます。 2 医師、看護師等付添者については、医師が医学的管理を必要と判断した場合に限り、原則として1人までの交通費が支給されます。 3 天災その他やむを得ない事情により、上記のような取扱いが困難である場合には、現に要した費用を限度として例外的な取扱いも認められます。	
請求手続	請求書と各添付書類を、所属所(勤務先)の共済事務担当者を経由して提出してください。任意継続組合員は旧所属の証明は不要なので、直接給付担当宛てに請求してください(郵送可)。	
請求書類	移送費・家族移送費請求書(様式第25号)	
請求手続等	支給方法	1 振込日 毎月 5日までに 当共済組合において収受・決定したものは原則として 当月 25日 毎月 20日までに 当共済組合において収受・決定したものは原則として 翌月 10日 (金融機関が休みのときは、翌営業日) 2 振込先 届出済みの組合員の個人口座です。 個人口座を届け出していない場合は所属口座となります。 振込口座が不明な場合は、所属所(勤務先)の共済事務担当者にお問合せください。
時効	給付事由が生じた日の翌日から2年です。 この間に請求をしなかったときは、時効によって給付を受ける権利を失います。	
添付書類	1 移送を必要とする医師の意見書 (原本) (救急車(民間を除く。))を使用できない理由を必ず記入してください。) 2 移送に要した費用の領収書及び明細書(写し)	
備考	1 通院等一時的、緊急とは認められない場合及び本人や家族の都合による転院、国外から日本国内への転院等は移送費の対象とはなりません。 2 医師、看護師等付添者による医学的管理等について、本人がその医学的管理等に要する費用を支払った場合、現に要した費用の額の範囲で、移送費とは別に療養費が支給されます。医学的管理等の療養費については、消費税非該当となります。	

* 移送費・家族移送費は**非課税**です。

病気や負傷のために休業したとき（傷病手当金）

担当
部署

医療保険課
給付担当

☎ 03-5320-7326 (内線57-231~5)

✉ S9000064@section.metro.tokyo.jp

傷病手当金（地方公務員等共済組合法第68条）

1 支給要件

組合員が公務外の傷病による療養のため勤務できなくなり、手当金が報酬を上回るときは、その差額を傷病手当金として支給します。

出産手当金（第4章「出産のため休業したとき」参照）が支給されている期間内に傷病手当金は支給されません。ただし、傷病手当金の金額が出産手当金の金額を上回った場合には、その差額を支給します。

2 支給期間・金額等

一般傷病と結核性傷病では、支給期間等が異なります。

区分		傷病手当金	
		一般傷病	結核性傷病
支給期間	法定給付	最長1年6か月	最長3年
	法定給付	1 原則として、当該傷病で3日間連続して勤務することができなかった（待期期間）後に支給が開始されます。 2 待期期間後の勤務することができない期間において、傷病手当金の金額がその期間に支払われる報酬を上回っていないときは、支給開始にはなりません。傷病手当金の金額が報酬を上回った、あるいは報酬が支払われなくなった時点で支給開始となります。 3 傷病手当金の支給が一旦開始されると、その後の手当金支給の有無に関わらず、同一傷病によって勤務することができなかった期間（病気休暇・病気休職等）が支給期間に通算されます。復職した期間のみ支給期間に含まれません。	
	附加給付	法定給付期間満了後最長6か月	—
	附加給付	次の場合には、附加給付は対象となりません。 1 退職後の給付を受けるとき。 2 年金等を受給するとき。 3 附加給付が支給されていても、年金の受給を開始した場合、掛金を支払わなかった場合は、その後の附加給付は支給されません。	

● 注意事項 ●

- 報酬が支払われなくなる前に手当金が報酬を上回った場合には、その時点から支給開始となります。
- 傷病名が異なっても相互に因果関係のある傷病は、同一傷病に該当します。
- 復帰への取組みも判断材料とさせていただきます。

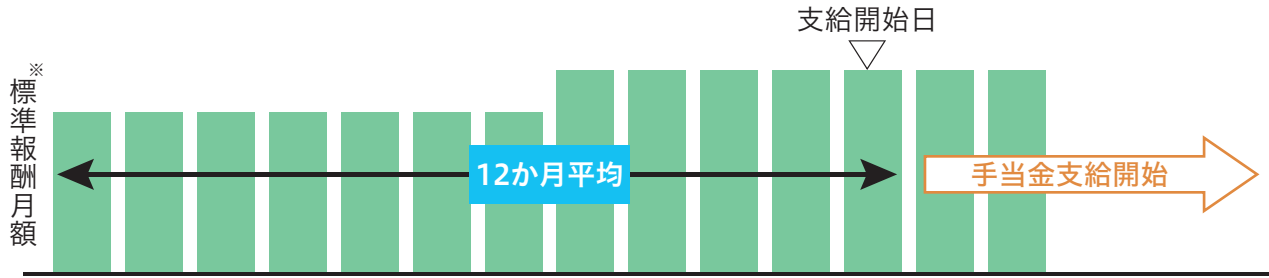
区分		傷病手当金					
		一般傷病	結核性傷病				
支給金額	支給日数	支給期間内において、各月の週休日を除いた日数					
	法定給付	<p>1日につき</p> <p>支給開始日の属する月以前の直近の継続した12か月の標準報酬月額の平均額[※] × 1/22 (10円未満四捨五入) × 2/3 (円未満四捨五入)</p> <p>※ 支給開始日の属する月以前の直近の継続した標準報酬月額が定められている期間が12か月に満たない場合は次の1、2いずれか少ない額</p> <ol style="list-style-type: none"> 支給開始日の属する月以前の直近の継続した各月の標準報酬月額の平均額 前年度9月30日時点の全組合員の標準報酬月額の平均額を標準報酬の基礎となる報酬月額とみなしたときの標準報酬月額 <p>● 注意事項 ●</p> <ol style="list-style-type: none"> 支給開始日とは、実際に傷病手当金の支給を開始した日となります。 同一傷病についての支給開始日は固定され、復職等を経て再度請求する場合にも支給開始日は変更されません。 退職後から給付を開始する場合は、退職日を支給開始日として支給金額を算定します。 報酬が支払われている場合には、給付額から報酬分を調整して支給します。 					
	附加給付	法定給付と同じ	—				
	退職後の給付	<p>退職のときまで引き続き1年以上組合員であった者が、退職時に傷病手当金を受けている場合（待期間を経過して勤務することができないが、報酬との調整により手当金が支給されていない場合を含む。）には継続して支給します。</p> <p>● 注意事項 ●</p> <ol style="list-style-type: none"> 退職後他の組合の組合員資格を取得したとき、自家営業を行ったとき、事業所に雇用されたとき等の就労能力を失っていると判断できない場合には、支給されません。 待期間後1日が経過していない状態で退職した場合は支給対象となりません。 					
	年金との調整	<p>以下の年金を受給する場合は、傷病手当金の額を調整します。</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20%;">対象となる年金</td> <td> <ol style="list-style-type: none"> 障害厚生年金（平成27年10月から在職期間中でも支給します。） 障害基礎年金（障害基礎年金のみ受給する場合は、調整されません。） 障害共済年金（経過的職域） 老齢厚生年金（在職中を除く） 老齢基礎年金（在職中を除く） 退職共済年金（経過的職域）（在職中を除く） </td> </tr> <tr> <td>支給額算定方法</td> <td> $[(\text{傷病手当金の支給日額}) - (\text{年金等の日額}^{\text{※}})] \times \text{支給日数}$ <p>※ 年金の日額 = 年金の年額の合計 ÷ 264日（円未満切り捨て）</p> </td> </tr> </table> <p>● 注意事項 ●</p> <ol style="list-style-type: none"> 遡及して年金が支給される場合は、傷病手当金支給中又は支給終了後であっても傷病手当金の支給額は全て返納していただきます。 年金払い退職給付（退職等年金給付）は、調整対象になりません。 障害手当金の支給を受ける場合は、傷病手当金の累計額が障害手当金の額に達するまでの支給を調整します。 障害厚生年金は、傷病手当金の傷病と同一の傷病で受給している場合に調整します。 		対象となる年金	<ol style="list-style-type: none"> 障害厚生年金（平成27年10月から在職期間中でも支給します。） 障害基礎年金（障害基礎年金のみ受給する場合は、調整されません。） 障害共済年金（経過的職域） 老齢厚生年金（在職中を除く） 老齢基礎年金（在職中を除く） 退職共済年金（経過的職域）（在職中を除く） 	支給額算定方法	$[(\text{傷病手当金の支給日額}) - (\text{年金等の日額}^{\text{※}})] \times \text{支給日数}$ <p>※ 年金の日額 = 年金の年額の合計 ÷ 264日（円未満切り捨て）</p>
対象となる年金	<ol style="list-style-type: none"> 障害厚生年金（平成27年10月から在職期間中でも支給します。） 障害基礎年金（障害基礎年金のみ受給する場合は、調整されません。） 障害共済年金（経過的職域） 老齢厚生年金（在職中を除く） 老齢基礎年金（在職中を除く） 退職共済年金（経過的職域）（在職中を除く） 						
支給額算定方法	$[(\text{傷病手当金の支給日額}) - (\text{年金等の日額}^{\text{※}})] \times \text{支給日数}$ <p>※ 年金の日額 = 年金の年額の合計 ÷ 264日（円未満切り捨て）</p>						
	請求手続	傷病手当金 同附加金 請求書（様式第11号）					

区分		傷病手当金	
		一般傷病	結核性傷病
添付書類	初回請求	<p>次の1から7のうち必要な書類を添付してください。</p> <ol style="list-style-type: none"> 請求期間において、療養のために勤務できなかったことに関する医師の証明 報酬支給額証明書 <ol style="list-style-type: none"> 待期間初日から請求月までの勤務できなかった期間について全て（各月作成） 請求月以前に給付が生じている場合にはその時点まで遡って請求してください。 請求期間における短期給付掛金納付書（写し） ＊ 無給休職の場合に提出してください。 出勤簿（写し） ＊ 当該請求のための待期間初日から支給開始日までの期間 医師の診断書（写し） <ol style="list-style-type: none"> 当該傷病による服務事案（病気休暇・休職・復職）の根拠となるもの全て 当該傷病による服務事案がないまま退職した場合には、待期間から退職まで引き続き勤務できないことが分かるもの 傷病手当金の受給に係る誓約書 公的年金証書（写し） <ol style="list-style-type: none"> 年金を受給している、又は受給予定のときに提出してください。 年金額が決定及び改定になるたびに添付してください。 東京都職員共済組合に關係する年金については不要です。 <p>● 注意事項 ●</p> <ol style="list-style-type: none"> 請求内容によってその他必要な書類を求めることがあります。（例：所属長からの申立書） 一度復職し、再度同一傷病で傷病手当金の請求をする場合は、復職以降の出勤簿（写し）、医師の診断書（写し）が必要です。 	
	継続請求	<ol style="list-style-type: none"> 在職中の給付は、請求書及び上記1から3を月ごとに提出してください。 退職後の給付は、請求書及び上記1を月ごとに提出してください。 	
請求手続		<ol style="list-style-type: none"> 月ごとに所定の請求書と上欄の添付書類を所属所（勤務先）の共済事務担当者を經由して提出してください。 退職後国民健康保険に加入した方は、退職時の所属所（勤務先）を經由してください。 任意継続組合員は、在職期間中の休業となる初回請求分は退職時の所属所（勤務先）を經由し請求し、2回目以降は直接給付担当宛てに請求してください（郵送可）。 	
支給方法	1 振込日	<p>毎月 5日までに当共済組合において収受・決定したものは原則として当月 25日 毎月 20日までに当共済組合において収受・決定したものは原則として翌月 10日 （金融機関が休みのときは、翌営業日） なお、初回請求については審査に時間を要することから上記振込日の取扱いから外れます。</p>	
	2 振込先	届出済みの組合員の個人口座です。個人口座を届け出していない場合は所属口座となります。振込口座が不明な場合は、所属所（勤務先）の共済事務担当者にお問合せください。	
時効	給付事由が生じた日の翌日から2年間です。 この間に請求しなかったときは、時効によって給付を受ける権利を失います。		
備考	「勤務ができない」とは、病気や負傷のために仕事ができないことを指します。したがって、傷病が軽快し、仕事ができる状態にあるにもかかわらず、単に仕事をしない場合は、傷病手当金は支給されません。		

* 傷病手当金は、**非課税**です。

* 東京都の知事部局・議会局・行政委員会については、手続等の窓口が総務事務センターになる場合があります。詳しくは総務事務センターヘルプデスク（03-6258-0685）にお問合せください。

支給金額の算定方法イメージ



※ 標準報酬月額が定められている期間が12か月に満たない場合は、次のア及びイのいずれか少ない額によって算定します。

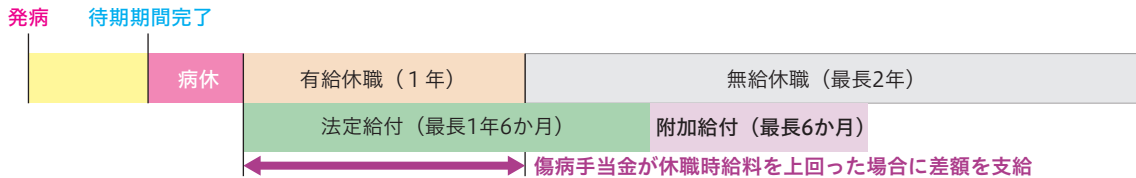
- ア 支給開始日の属する月以前の直近の継続した各月の標準報酬月額の平均額（12か月未満の標準報酬月額の平均額）
- イ 前年度9月30日時点の全組合員の標準報酬月額の平均額を標準報酬の基礎となる報酬月額とみなしたときの標準報酬月額

支給期間例

例1 病気休暇、病気休職（有給1年）時の報酬額が傷病手当金を上回った場合



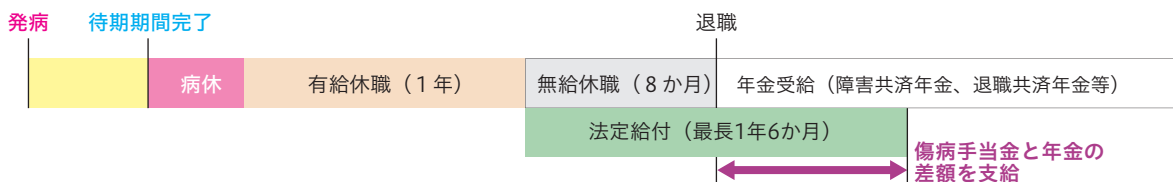
例2 傷病手当金の支給額が有給休職時の報酬額を上回った場合



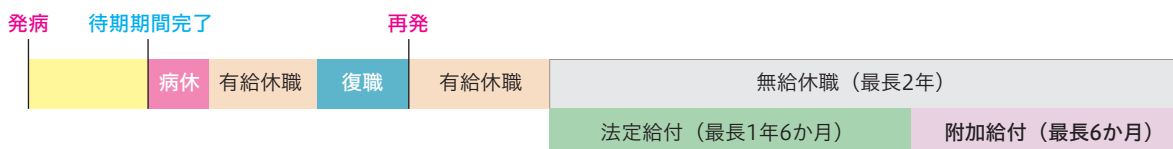
例3 傷病手当金の受給中に退職した場合（病休時、有給休職時の報酬額 > 傷病手当金）



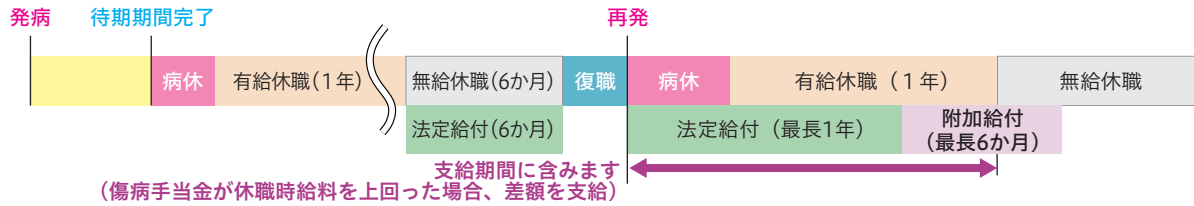
例4 傷病手当金の受給中に退職し、退職後に年金を受給する場合（病休時、有給休職時の報酬額 > 傷病手当金）



例5 同一傷病で有給休職を繰り返し取得し、その後無給休職を取得した場合（病休時、有給休職時の報酬額 > 傷病手当金）



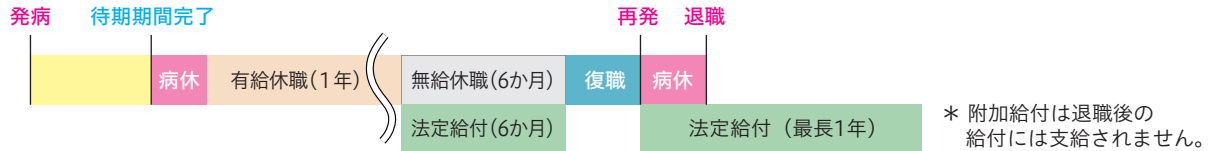
例6 過去に傷病手当金を受給(6か月)し、復職した後に病気が再発した場合(病休時、有給休職時の報酬額>傷病手当金)



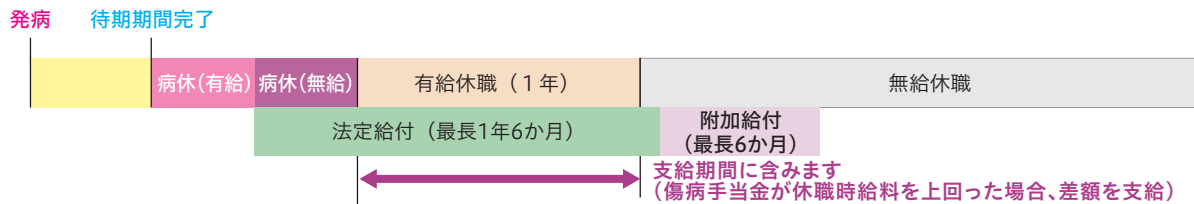
例7 待期間を経過して勤務することができずに退職した場合(勤務することができない期間中の報酬額>傷病手当金)



例8 過去に傷病手当金を受給(6か月)し、復職した後に病気が再発し、退職した場合(病休時、有給休職時の報酬額>傷病手当金)



例9 病気休暇から病気休職(有給)へ移行する際に無給の病気休暇等が発生した場合(病休時の報酬額>傷病手当金)



● 注意事項 ●

- 附加給付受給中に組合員資格を喪失した場合、年金を受給開始した場合は、その後の附加給付は支給されません。
- 退職共済年金等の受給者は、傷病手当金の当該月支給額から退職共済年金等の当該月支給額を差し引いた額が支給されます。
- 傷病手当金の支給が一旦開始されると、その後の手当金支給の有無に関わらず、同一傷病により勤務することができなかった期間(病気休暇・病気休職等)が支給期間に通算されます。復職した期間は支給期間に含みません。
- 退職後の給付は、病気や負傷のために引き続き勤務ができない場合に支給します。したがって、傷病が軽快し、仕事ができる状態にあるにもかかわらず、単に適職がない等により仕事をしないために収入がない場合は、傷病手当金は支給されないことになります。
- 傷病手当金は課税所得ではありませんが収入としてみなされます。このため、傷病手当金を一定額以上受給する場合は被扶養者になれません。
- 勤務不能であることから、他の被用者保険の被保険者になれません。

休業したとき（休業手当金）

担当
部署 医療保険課
給付担当

☎ 03-5320-7326 (内線57-231~5)

✉ S9000064@section.metro.tokyo.jp

1 支給要件

組合員^{※1}が次の表に掲げるような事由によって欠勤^{※2}し、手当金が報酬を上回るときは、その差額を休業手当金として支給します（地方公務員等共済組合法 70 条）。介護休暇を取得した場合は、支給の対象になりません。

※1 任意継続組合員には支給されません。

※2 「欠勤」とは、職務専念義務が免除されていないにもかかわらず、勤務に服さないことをいいます。

支給事由	支払対象期間
1 被扶養者の病気又は負傷	欠勤した全期間
2 配偶者（被扶養者でなくても可。内縁関係を含む。）の出産	14日以内の欠勤した期間
3 組合員の公務によらない不慮の災害又は被扶養者の不慮の災害	5日以内の欠勤した期間
4 組合員の結婚、配偶者（2 配偶者と同じ。）の死亡又は被扶養者等の結婚や葬祭	7日以内の欠勤した期間
5 被扶養者ではない配偶者（内縁関係を含む。）、子、父母の病気又は負傷	5日以内で所属所長が必要と認める日数

2 支給日数・金額等

区分	休業手当金
支給日数	支給期間内において、各月の週休日を除いた日数
支給金額	1日につき、標準報酬日額[※]×50/100 ※ 標準報酬日額 = 標準報酬月額 × 1/22（10円未満四捨五入）
請求書類	休業手当金請求書（様式第22号） 請求書には、上記支給要件の支給事由に該当するものについて、所属所長の証明を受けてください。
添付書類	1 欠勤している期間の出勤簿（写し） 2 給与減額整理簿（写し） 3 報酬支給額証明書 （休業手当金）
請求手続	所定の請求書（月ごとに）と上欄の添付書類を、所属所（勤務先）の共済事務担当者を経由して提出してください。
支給方法	1 振込日 毎月 5日までに 当共済組合において収受・決定したものは原則として 当月 25日 毎月 20日までに 当共済組合において収受・決定したものは原則として 翌月 10日 （金融機関が休みのときは、翌営業日）
	2 振込先 届出済みの組合員の個人口座です。個人口座を届け出していない場合は所属口座となります。振込口座が不明な場合は、所属所（勤務先）の共済事務担当者にお問合せください。
時効	給付事由が生じた日の翌日から2年間です。 この間に請求をしなかったときは、時効によって給付を受ける権利を失います。
備考	1 傷病手当金、出産手当金が支給されている期間は、休業手当金は支給されません。 2 この休業手当金は、健康保険制度にはない共済組合独自の給付です。 3 休業手当金は、課税対象です。

* 東京都の知事部局・議会局・行政委員会については、手続等の窓口が総務事務センターになる場合があります。詳しくは総務事務センターヘルプデスク（03-6258-0685）にお問合せください。

介護休暇を取るとき（介護休業手当金）

担当
部署 医療保険課
給付担当

☎ 03-5320-7326 (内線57-231~5)

✉ S9000064@section.metro.tokyo.jp

1 支給要件

組合員（任意継続組合員を除く。）が、要介護状態[※]にある対象家族を介護するために介護休暇を取得し、手当金が報酬を上回るときは、その差額を介護休業手当金として支給します。

※「要介護状態」とは

負傷、疾病、又は身体上若しくは精神上の障害により、2週間以上の期間にわたり日常生活を営むのに支障があり、介護を必要とする状態

● 注意事項 ●

1日の勤務時間の一部について取得した日（例えば、半日休暇又は時間休暇）は支給対象となりません。なお、短時間勤務職員の全日休暇は支給対象となります。

2 支給対象となる家族の範囲

同居を要件としないもの	配偶者、父母、子、配偶者の父母、祖父母、孫及び兄弟姉妹
同居を要件とするもの	父母の配偶者（継父母）、配偶者の父母の配偶者（配偶者の継父母）、子の配偶者（子の嫁や婿）及び配偶者の子で養子でない人（継子）

3 支給期間・金額等

区分	介護休業手当金
支給期間	<p>介護を必要とする一の継続する状態ごとに、介護休暇の日数を通算して66日を超えない期間</p> <p>← 介護休業承認期間(初回) → (更新) →</p> <p>1か月目 2か月目 3か月目 4か月目 5か月目 6か月目 7か月目以降</p> <p>介護休暇 介護休暇 介護休暇 介護休暇</p> <p>通算して66日</p> <p>● 注意事項 ● 実際に介護休暇を取得した日数を通算するため、承認期間内で勤務した日、週休日等は支給期間に含みません。</p>
支給日数	支給期間内において、各月の週休日（例：土、日曜日）を除いた実際に介護休暇を取得した日数
支給金額	<p>1日につき、標準報酬日額[※]×67/100（円未満切捨）</p> <p>※ 標準報酬日額＝標準報酬月額×1/22（10円未満四捨五入）</p> <p>● 注意事項 ●</p> <ol style="list-style-type: none"> 支給日額には上限があります（毎年8月1日に改定あり）。令和5年8月1日以後に介護休暇の初日がある場合の上限額は、15,513円です。 請求月に調整対象の手当（扶養手当、住居手当、管理職手当及び単身赴任手当）が支給されている場合は、支給金額を調整して給付します。

区分	介護休業手当金	
請求書類	介護休業手当金（変更）請求書（様式第29号）	
添付書類	所属所（勤務先）の共済事務担当者は、次の書類を添付してください。 1 介護休暇承認書兼処理簿（写し）：承認期間、介護内容等が分かるもの 2 出勤簿（写し）：介護休暇を取得した期間 3 給与減額整理簿（写し） 4 報酬支給額証明書 5 住民票（写し）…同居を要件とする家族の場合（ 2 参照）	
提出先	所定の請求書（月ごとに）及び添付書類を休業月の翌月以降、所属所（勤務先）の共済事務担当者を経由して提出してください。	
支給方法	1 振込日	毎月 5日までに 当共済組合において收受・決定したものは原則として 当月 25日 毎月 20日までに 当共済組合において收受・決定したものは原則として 翌月 10日 （金融機関が休みのときは、翌営業日）
	2 振込先	届出済みの組合員の個人口座です。個人口座を届け出していない場合は所属口座となります。振込口座が不明な場合は、所属所（勤務先）の共済事務担当者にお問合せください。
時効	給付事由が生じた日の翌日から2年間です。 この間に請求しなかったときは、時効によって給付を受ける権利を失います。	
備考	雇用保険法の規定による給付を受けられる方は、共済組合からは支給されません。	

* 介護休業手当金は、**非課税**です。

- 都共済の貸付金を借り受けている組合員が、介護休業を取得した場合、当該期間に限り貸付金の償還猶予を受けることができます（第12章「育児休業中又は介護休業中の償還の猶予」参照）。



障害の状態になったときの年金

組合員又は組合員であった方が、組合員期間中の病気又は負傷で、一定の障害の状態になったときに受給できる障害年金については、第8章をご覧ください。

* 東京都の知事部局・議会局・行政委員会については、手続等の窓口が総務事務センターになる場合があります。詳しくは総務事務センターヘルプデスク（03-6258-0685）にお問合せください。