

第5 その他

1 長寿（後期高齢者）医療制度

平成20年4月1日から75歳以上（障害認定を受けている方は65歳以上）の方を対象とした『長寿（後期高齢者）医療制度』が始まり、これまでの老人保健制度が廃止されました。

対象となる方は、「後期高齢者医療広域連合」（以下「広域連合」）が行う長寿（後期高齢者）医療制度の被保険者となり、新たに広域連合から給付を受けるとともに、保険料を負担することになり、公立学校共済組合員の被扶養者としての資格がなくなります。

障害認定を受けておられる方で、長寿（後期高齢者）医療制度に加入を希望しない（広域連合から認定を受けたとみなされたくない）方は、広域連合に対し老人保健法の規定に基づく障害認定を撤回することを申請する必要があります。申請がなされた場合には、公立学校共済組合員の被扶養者となりますが、当共済への連絡が必要となります。

また、長寿（後期高齢者）医療制度の被保険者となられた方の被扶養者証は随時共済組合に返納してください。

（参考）

秋田県後期高齢者医療広域連合事務局

〒010-0951 秋田市山王四丁目2番3号 秋田県市町村会館1階

TEL 018-838-0610 FAX 018-838-0611

2 第三者行為による交通事故等届出

（1）第三者行為により生じた交通事故等と医療費

第三者の加害行為により組合員若しくは被扶養者が被害にあった場合、その治療費は加害者が負担するのが原則です。

しかし、その治療費をただちに加害者に負担させることが困難な事情にあるときは、「組合員証」を保険医療機関に提示することにより治療を受けることができますので、次の書類を提出してください。

なお、「組合員証」の使用については共済組合への事前連絡が必要です。

また、第三者の加害行為による治療について「組合員証」を使用するか、又は「組合員証」を使用しないでその費用につき加害者から賠償を受けるかは、被害者である組合員の選択によります。

（2）提出書類

- ア 「事故報告書」（P158参照）
 - イ 「損害賠償申告書」（P159参照）
 - ウ 「事故発生状況報告書」（P160,161参照）
 - エ 「加害者との交渉状況報告書」（P162参照）
 - オ 「医師の意見書」（P163参照）
 - カ 「交通事故に伴う医療費の支払確約書」（P164参照）
 - キ 「自動車損害賠償責任保険等の加入状況報告書」（P165参照）
 - ク 交通事故証明書（警察署は発行のもの）
 - コ その他共済組合から提出を求める書類
- ア～キの書類については、共済組合から送付します。

3. 福祉医療制度の助成を受ける場合の届出

居住している市区町村から福祉医療制度の適用を受ける場合（期間の更新を含む）、または適用外となった場合は共済組合及び互助会への届出が必要です。届出がない場合は、市区町村からと共済組合及び互助会からの附加給付が重複し、後日返納となる場合があります。

また、有効期間の途中で適用外になり届出がない場合も附加給付が停止したままとなりますのでご注意ください。

後期高齢者医療・特定疾患医療・自立支援医療等は届出の必要はありません。

市区町村によって助成の種類が異なりますのでご確認ください。

提出書類

ア 「福祉医療制度の助成について（届出）」

イ 福祉医療受給者証の写し

[記入例]

事故報告書

組合員証 記号番号	公立秋 号	所属所名	小学校		
組合員氏名		療養者氏名	続柄	長男	
事故発生場所	市 町 番 号	事故発生年月日	平成 年 月 日	時 分	
事故発生の状況 被害の状況	国道 号線 バイパスを 方面へ通行中、対向車が坂道でスリップし飛び出してきた際に、衝突した。				
組合員証の使用	①. 使用した 2. 使用しない(加害者負担)				
療養経過 現在の療養経過 と今後の療養見 込期間を記入の こと	傷病名	第3腰椎破裂骨折	療養見込期間	手術後、骨癒合経過観察中 (要リハビリ～最手術)	
	療養経過	月 日に事故に合い、救急車で運ばれ入院し、月 日に手術した。 手術は成功したが、複雑骨折のためかなりの入院が必要である。			
医療機関 について	最初に治療 を受けた医療機 関	名 称	市立 病院	初診年月日	平成 年 月 日
		所在地	市 番 町 号	入院 来院 の別	入院 来院 (平成 年 月 日)
	その後転医し た医療機関	名 称		初診年月日	平成 年 月 日
		所在地		入院 来院 の別	入院 来院 (平成 年 月 日)
加 害 者	住 所	市 町 番 号	①. 当傷病は公務外である 2. 当傷病は公務上である イ 未申請 ロ 申請中 で囲む ハ 認定済		
	氏 名				
加害者より賠償を 受けた内容内訳	けがの回復を待ってから交渉を開始する予定である。				
<p>以上のとおり報告します。</p> <p style="text-align: center;">公立学校共済組合 秋田 支部長 様</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">組合員氏名 印</p>					
<p>上記の記載事項は事実と合い違いないことを認めます。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">所属所長 職名 小学校長 印 氏名</p>					

(注) 報告書提出のとき現場見取図を添付してください。

[記入例]

損害賠償申告書

組合員証 記号番号	公立秋	所属 機関名	小学校		
組合員氏名		被害者 氏名	性別	男	
加害者の氏名 及び住所	別紙(2)のとおり	事故発生 年月日	平成	年	月 日
事故発生状況	別紙(1)のとおり				
被害の状況及 びその見積書	別紙(4)のとおり	加害者から 受けた 損害賠償	別紙(3)のとおり		

上記のとおり申告します。

公立学校共済組合秋田支部長 様

平成 年 月 日

住所 市 町 番号
申請者
氏名

Ⓜ

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

平成 年 月 日

職名 小学校長
所属所長
氏名

Ⓜ

1. 被害者が遠隔地被扶養者証に記載されている被扶養者であるときは、「組合員証記号番号」欄に遠隔地被扶養者証の記号番号を記入してください。
2. 加害者の氏名及び住所が明らかでないときは、理由を付してその旨を記入してください。
3. 事故発生状況及び加害者から受けた損害賠償については、できるだけ具体的に詳しく書いてください。

[記入例]

別紙(1)

事故発生状況報告書

保険証明番号	第 000000000 号	当事者	甲(加害運転者)	氏名 (電話) 000-000-0000	
自動車の番号	秋田 0000000		乙(被害者)	氏名 (電話) 000-000-0000	①運転・同乗 歩行・その他
天候	晴・曇・雨・②雪・霧	交通状況	混雑・普通・閑散	明暗	昼間・夜間・明け方・夕方
道路状況	舗装 <input checked="" type="checkbox"/> してある <input type="checkbox"/> してない , 歩道 <input checked="" type="checkbox"/> 両・片 <input type="checkbox"/> ない , <input checked="" type="checkbox"/> 直線・カーブ 平坦・③坂 , 見通し <input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 悪 <input type="checkbox"/> 積雪路 , <input checked="" type="checkbox"/> 凍結路				
信号又は標識	信号 <input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない 駐停車禁止 <input checked="" type="checkbox"/> されている <input type="checkbox"/> されていない その他標識				
速度	甲車両 00 km/h (制限速度 00 km/h) , 乙車両 00 km/h (制限速度 00 km/h)				

事故発生現場に於ける自動車と被害者との状況を 示す図に於ける自動車の進行方向と被害者の位置を 示す図に於ける自動車の進行方向と被害者の位置を 示す図に於ける自動車の進行方向と被害者の位置を	事故発生状況略図(道路幅をmで記入してください。) 	自動車 相手車 進行方向 信号 一時停止 人間 自転車 > オートバイ >
上記図の説明を 書いてください。	国道 号線 バイパスを 方面へ通行中、対向車が坂道でス リップし飛び出してきた際に衝突した。	

上記のとおりご報告申し上げます。

平成 年 月 日

報告者 甲との関係 ()
 乙との関係 (父)



[記入例]

別 紙 (2)

1. 第三者 (加害者及び加害者の使用主) との関係		
加 害 者	(ふりがな) 氏 名 (男・女)	職業 会社員
	明・大・昭 年 月 日生 (才)	
	住 所 市 町 番 号 電話 (0 0 0) (0 0 0) (0 0 0 0)	
同 上 の 使 用 者	名 称 株式会社	
	所 在 地 市 町 番 号 電話 (0 0 0) (0 0 0) (0 0 0 0)	
	代 表 者	
2. 警察に 届けた。 届けない。		
3. 事故発生責任の度合 (被害者側) の主観的立場から法令違反の事実を具体的に書くこと。		
被害者 には、違反なく、加害者の の		
スリップによる飛び出しの一方向的な加害である。		
警察でも、被害者になんら違反はないと認めている。		
4. 自動車責任保険について		
保険会社名 保険会社		
証書の記号 () 番号 ()		
保険金は加害者 (被害者) が請求した。 (年 月 日)		
が受領した。 (年 月 日)		

[記入例]

別 紙 (4)

医 師 の 意 見 書

1. 傷病名及び傷病の程度

第 3 腰椎破裂骨折のため、手術をし、現在骨癒合

経過観察中である。

2. 初 診 平成 年 月 日

3. 診療見込期間 約 90 日間

4. 診療見込額 約 円

5. 診療費は 一般診療 (加害者が負担、自動車責任保険を使う)

保険診療で扱う

6. 後遺症が 残る ・ 残らない

平成 年 月 日

担当医の 住 所 市 町 番 号

病院

氏 名

印

電 話 (0 0 0) (0 0 0) (0 0 0 0)

[記入例]

交通事故に伴う医療費の支払い確約書

私こと 平成 年 月 日 (場 所)
市 町 番 号
(氏 名) (被扶養者名)

において、貴公立学校共済組合員 () に対し交通事故
により負傷させましたが、それにより被害者は医療機関にかかりました。(共済組合員証使用)

その医療費は、貴公立学校共済組合秋田支部が私に代わって立て替え払いをしていますので、どの
ようなことがあっても、後日貴支部から請求があった場合は、責任をもって支払することを確約いた
します。

平成 年 月 日

(加害者)

住 所 市 町 番 号

氏 名 ⑩

(上の使用主)
(保証人)

住 所 市 町 番 号

株式会社
氏 名 ⑩

公立学校共済組合秋田支部長 様

(この確約書は、必ず当支部へ返送してください。)

別紙

平成 年 月 日

公立学校共済組合秋田支部長 様

財団法人秋田県教育関係職員互助会理事長 様

所属所名 (- -)

組合員住所 〒

(フリガナ)

組合員氏名

印

福祉医療制度の助成について(届出)

福祉医療制度の助成が(適用・適用外)になりましたので、次のとおり届出します。

所属コード		組合員証記号番号	公立秋	
対象者	(フリガナ)			
	氏名			
	住所			
	生年月日	平 昭 年 月 日 生		
性別	男 女	続 柄	本人 被扶養者()	
助成制度の種類	1. 乳幼児医療 2. 障害者(児)医療 3. 母子・父子家庭医療 4. その他()			
助成を受ける市町村名	(都道府県名:) 市・区・町・村			
受給者証等の有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日			
受給者資格喪失年月日	平成 年 月 日			

【助成の適用を受けたときの添付書類】

市区町村から交付された「受給者証」等の写しを添付してください。

【助成を適用受けなくなったときの添付書類】

市区町村からの助成の適用外に関する通知文書等があれば、その写しを提出してください。