

都道府県医師会  
事務局長 殿

日本医師会 年金・税制課長

東京電力「本補償」の生命・身体的損害に関する請求に係る指定診断書についての補足事項  
及び「東京電力指定の診断書の取扱い等に関する Q & A」の改定

( 1 ) 東京電力「本補償」の生命・身体的損害に関する請求に係る指定診断書についての  
補足事項

平成 23 年 10 月 11 日付担当理事宛通知文(保 159)(年税 56)「東京電力「本補償」  
の生命・身体的損害に関する請求に係る指定診断書について」にてご案内しました、会員へ  
の周知のために要する医師会費用の負担のあり方につきまして、東京電力株式会社より下記  
の回答がありましたので、ご案内申し上げます。

なお、日本医師会でも、同通知の内容について、日医ホームページの「東日本大震災関  
連情報」のコーナー( <http://www.med.or.jp/etc/eq201103/> )の「その他」の区分  
に掲載しており、さらに、日医ニュース 11 月 20 日号の折込というかたちで、全会員に情  
報提供を行う予定ですが、各都道府県医師会・郡市区医師会においてすでに独自に会員への  
通知を行われた場合や今後行う場合は、その通知に要する実費分については、下記の通り東  
京電力が負担するというので、確認をとっておりますので、請求書(簡便法による場合は  
別添の請求書、簡便法以外による請求の場合は事前に日本医師会年金・税制課にご連絡くだ  
さい)を日本医師会年金・税制課までご送付下さい。なお、送金は、東京電力から当該医師  
会に直接行われます。

**【 東京電力の回答 】**

本件について会員への資料送付等を行う場合において、医師会で生じる会員  
への周知のために要する実費(郵送料、印刷費等)について、下記のいずれ  
かにより算定した金額を東京電力が負担します。なお、請求書は、日本医師  
会で集約をお願いいたします。

簡便法による請求： @200 円(税込。郵送料 80 円、印刷費・封筒代  
120 円を想定)に周知を行った会員数を乗じた金額。別添の請求書書式  
をご利用ください。

上記以外による請求：この場合は、明細書及び請求書・領収書等の資  
料の添付をお願いします。

問い合わせ先・請求書送付先

日本医師会 年金・税制課（担当:宮澤）

〒113-8621 東京都文京区本駒込2-28-16

TEL：03-3946-2121（代表）、03-3942-6519（直通）

FAX：03-3942-6503

（2）「東京電力指定の診断書の取扱い等に関するQ & A」の改定

平成23年10月11日付担当理事宛通知文（保159）（年税56）「東京電力「本補償」の生命・身体的損害に関する請求に係る指定診断書について」の、添付文書「東京電力指定の診断書の取扱い等に関するQ & A」につきまして、別添通り、平成23年10月26日付で改定があった旨、東京電力より連絡がありましたので、ご案内申し上げます。

改定内容は、以下の通りです。

「2．診断書作成料（文書料）について」の区分に、下記の文言を追加。

「（Q）審査の結果、医療費や慰謝料が支払われないこととなった場合でも、診断書作成料（文書料）は支払われるのか。

（A）お支払いします。」

# 請求書

平成 23 年 月 日

東京電力株式会社 御中

医師会名	医師会 (印)
住所	〒
担当部署	
担当者氏名	
電話番号	
F A X 番号	

「指定診断書に係る Q & A」の周知に要した経費として、下記の通り請求します。

(消費税込)

費目	単価 ( a )	対象となった会員数 ( b )	金額 ( a × b )
送料・印刷費	200円(注)	名	円

(注) 郵送料 80 円、封筒代・印刷費 120 円として算定

下記の口座にお振り込みください。

金融機関名	
支店名	
口座種別	
口座番号	
口座名義	

更新日：平成 23 年 10 月 26 日

## 東京電力指定の診断書の取扱い等に関する Q&A

東京電力株式会社  
福島原子力補償相談室

東京電力では、福島第一原子力発電所の事故で被害に遭われた、「避難等対象区域」の個人に対して、「生命・身体的損害」として医療費等の支払いを行っております。

この医療費等の請求にあたっては、被害に遭われた個人が医療機関の作成した診断書を添付する必要があります。

そのため、福島県内の医療機関のみならず、全国の医療機関において、この診断書の作成に関わっていただく必要があることから、その主な内容について Q&A を作成いたしました。

### 1. 診断書全般について

(Q) 診断書の取扱いに関して、医療機関に対する手引き書はあるのか。

(A) 被害者に送付されている「補償金ご請求のご案内」に別紙のとおり、記載要領がございますが、ご不明な点につきましては、東京電力(株)福島原子力補償相談室にお問い合わせください。

(Q) 診断書の取扱いに関して、医療機関に対する相談窓口はあるのか。

(A) 東京電力(株)のコールセンターへご連絡をお願いいたします。

東京電力(株)

福島原子力補償相談室

電話：0120-926-404

( Q ) 福島第一原発の事故とその後の避難生活の起因の有無について、詳細な経緯を知らない他都道府県の医療機関等は何を以って判断するのか。

( A ) 診察いただいた時の所見の範囲でご判断いただいて結構です。避難生活との因果関係が解らなければ、「不明」にチェックいただいて結構です。なお、お問い合わせのお電話をさせていただくことがありますので、その旨ご承知置きください。

## 2 . 診断書作成料 ( 文書料 ) について

( Q ) 東京電力指定の診断書以外は認められないのか。

( A ) 東京電力指定の診断書と同一の証明項目があれば別の書式でも問題ありません。

( Q ) 診断書作成料 ( 文書料 ) は各医療機関の定める費用でよいか。

( A ) 結構です。

( Q ) 審査の結果、医療費や慰謝料が支払われないこととなった場合でも、診断書作成料 ( 文書料 ) は支払われるのか。

( A ) お支払いします。

## 3 . 診断書の効力について

( Q ) 東京電力指定の診断書では、「原発事故による避難生活に起因の有無」として「避難生活の影響なし」の欄が設けられているが、ここにチェックした場合、個人に対する賠償金は支払われるのか。

( A ) 避難生活との因果関係がなければ、お支払いはできません。

#### 4．診断書に記載する内容の個人情報の保護について

( Q ) 東京電力指定の診断書では傷病名を記載することとしているが、個人情報の保護の観点から問題はないか。

( A ) あくまで本人から、東京電力に提出することとなりますので、個人情報の開示について本人の承諾が得られているものと考えられ、個人情報保護の観点からは問題ないものと考えおります。なお、お預かりした個人情報を同社の個人情報保護方針に則って適切に取り扱っております。

#### 5．その他

( Q ) 患者一部負担金は多くの場合免除されていると思うが、通院のための交通費等の請求を行う場合でも診断書は必要か。

( A ) 東京電力が通院交通費及び通院慰謝料を請求するための証明書を用意します。

( Q ) 10 万円未満の医療費等を慰謝料としているが、その意味は。また、慰謝料を請求する場合でも診断書は必要か。

( A ) 東京電力の賠償基準では、被害者の医療費負担を迅速に処理する観点から自己負担累計額 10 万円未満までは、診断書の提出なく支払いを実施します。ただし、通院慰謝料については、医療費の自己負担累計額 10 万円にはカウントいたしません。避難との因果関係が必要なため、診断書または通院証明書による証明が必要になります。

( Q ) 医療保険請求ができない薬や治療費は賠償の対象となるのか。

( A ) 医師の処方のあるものであれば支払います。

( Q ) 避難所における救護活動として行われた医療行為は慰謝料に該当するの  
か。

( A ) 該当します。

以 上

# 別紙

(補償金ご請求のご案内 個人さま用A より抜粋)

東京電力株式会社 宛

## 診断書(医療証明書)

カルテ番号			
氏名	山田 正子		男 女 <input checked="" type="radio"/> M・T S・H <input checked="" type="radio"/> 42 年 3 月 3 日生 XX 歳
傷病名	① XXX	②	③
診療期間	初診 平成23年 5 月 15 日	初診 年 月 日	初診 年 月 日
	終診 平成23年 9 月 28 日	終診 年 月 日	終診 年 月 日
	上記のうち 入院 平成23年 5 月 15 日 退院 平成23年 5 月 21 日	上記のうち 入院 年 月 日 退院 年 月 日	上記のうち 入院 年 月 日 退院 年 月 日
	転帰 平成23年 9 月 28 日 (治癒・中止・加療中・転医・死亡)	転帰 年 月 日 (治癒・中止・加療中・転医・死亡)	転帰 年 月 日 (治癒・中止・加療中・転医・死亡)
発症・受傷時期	平成23年 3 月 12 日頃 1. 医師推定 2. 患者申告による	年 月 日頃 1. 医師推定 2. 患者申告による	年 月 日頃 1. 医師推定 2. 患者申告による
既往症の有無	1. なし <input checked="" type="radio"/> 2. あり 傷病名( XXX )		
前医または紹介医の有無	1. なし <input checked="" type="radio"/> 2. あり 病院名( ○×病院 )		
原発事故による 避難生活に 起因の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 避難生活により発症・受傷 <input type="checkbox"/> 避難生活により悪化 <input type="checkbox"/> 避難生活の影響なし <input type="checkbox"/> 不明 上記理由 ( XXX )		
就労不能の有無	当該傷病による就労不能の有無 1. なし <input checked="" type="radio"/> 2. あり 就労不能があったと考えられる期間 平成 23 年 5 月 15 日 ~ 平成 23 年 7 月 10 日		
検査所見 症状経過 治療経過	XXX XXX XXX		
通院状況表	診療年月	上項の傷病名に関わる通院治療日(往診日も含む)に○印をつけてください。	各月合計
	23年 9月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	1 日
	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	日
	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	日
	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	日
	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	日
	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	日
	合計		日

上記のとおり証明(診断)します。

平成23年 9 月 28 日

医療機関名 医療法人○△会 ○△病院  
所在地 福島県○○郡○○町XXX-XX  
TEL XXXX-XX-XXXX  
医師名 XX XX



123456789





## 留意点

- 医療費のご請求にあたり以下に該当する場合、受診された医療機関に記入していただき、請求明細とともにご提出いただく書類です。
  - ・ 請求累計額100,000円以上の場合
  - ・ 100,000円未満の方で、慰謝料を請求される場合
- 上記以外の場合でも生命・身体的損害による就労不能損害をご請求されるときは、ご提出が必要となります。
- 当該書類は別冊に綴じております。

◀ **1** ● 診療期間欄の診療期間のうち、今回のご請求対象期間にかかる期間を、**B5-2 生命・身体的損害にかかる請求明細 (2 / 3)** の **3 慰謝料 A** . 診療期間欄にご記入ください。

◀ **2** ● 就労不能期間が終了した後の期間において診断書に就労不能ありと記載されている場合は、**B5-7 生命・身体的損害にかかる請求明細 別紙 3** にてご請求ください。

◀ **3** ● 通院状況表の合計日数のうち、今回のご請求対象期間にかかる日数を、**B5-2 生命・身体的損害にかかる請求明細 (2 / 3)** の **3 慰謝料 B** . 実際に治療を受けた日数欄にご記入ください。