

歯科補てつ保険外治療証明書

			認定番号	—
所属団体、部局		被災職員氏名		
傷病名				
傷病の状況 程度等				
選択しうる 健康保険の 基準の範囲 内の治療				
	(上記保険適用の治療を選択しない(できない)理由)			
保険外治療 の内容				
当該保険外治療を必要とする具体的理由				
上記の理由により保険外治療が必要であることを証明します。 令和 年 月 日 所在地 医療機関の 名称 歯科医師の氏名				

※裏面の注意点等もご確認ください。

【注意点等】

1 「歯科補てつ保険外治療証明書」について

地方公務員の災害補償制度における療養補償は、公の費用で賄われていることから、その補償対象となる治療の範囲は、健康保険における療養の給付と同様とすることが原則とされています。

健康保険の適用としない治療を例外的に療養補償の対象と認めることができるのは、その健康保険外の治療しか選択しえない事情にあることが、客観的に明らかな場合のみとされています。

健康保険外の材料により補綴治療を行うことが「望ましい」事例も多く存在するところ、上記のように、療養補償の対象とするためには、健康保険外の材料による補綴治療で「なければならない」ことが求められています。そのため、この治療方法以外の治療を選択されなかった理由について、歯科医師の所見を記載いただくものです（仮に、補綴治療が療養補償の対象と認められない場合には、当該治療費については、被災職員が自己負担することとなります）。

2 「傷病の状況程度等」欄について

本件傷病の症状や破折の程度等詳細をご記載ください。

なお、本件災害発生により、被災職員が元々使用していた健康保険外の補綴物を破損した場合、破損した補綴物等を具体的にご記載ください。

3 「健康保険の基準の範囲内の治療」欄について

本件傷病の治療にあたって、健康保険外の材料による補綴以外に、健康保険が適用される補綴も選択しうる場合は、その方法についてご記載ください。（複数可）

4 「当該保険外治療を必要とする具体的理由」欄について

上記1の内容を踏まえてご記載ください。

なお、一般的な理由（耐久性や審美性等）以外の医学的理由等がございましたら、具体的にご記載ください。