



福岡医発第 2088 号 (地)
令和 5 年 11 月 17 日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会 長 蓮 澤 浩 明
(公 印 省 略)

労災並びに自動車保険に関する問題事案報告について

時下 貴職益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、現在、各医療機関における労災並びに自動車保険に関する問題につきましては、各医師会にて個々にご対応いただいているところです。

今般、労災並びに自動車保険に関する諸問題を幅広く集約し、今後の課題解決に向け協議することを目的として、本会労災・自賠医療委員会において協議し、別添のとおり問題が発生した際の対応フローを整理するとともに、報告書様式を作成いたしました。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了知いただくとともに、労災並びに自動車保険に関する問題が発生した際には、別添記載のフロー図のとおり該当報告書の提出について貴会会員への周知方よろしくお願い申し上げます。

小郡三井医師会より

労災・自賠医療担当理事 田中英二
会長 島田昇二郎

労災に関する問題への対応について

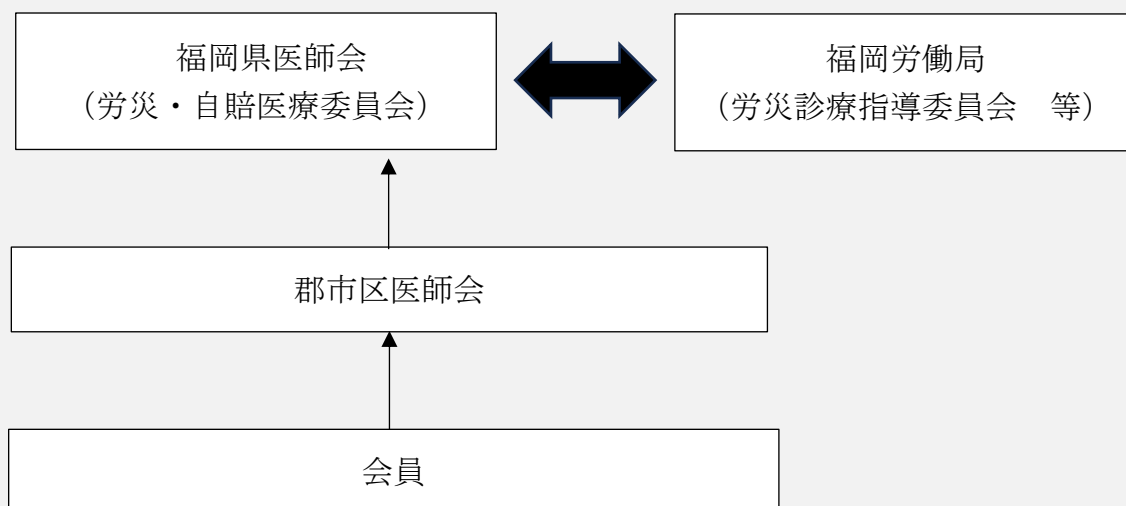
本会では、労災に関して会員医療機関がより適切な診療及び請求を行えるよう諸問題について協議検討する労災・自賠医療委員会を設置しております。

今般、本委員会において、労災に関する諸問題を幅広く集約することを目的に、問題が生じた場合の体制について下記のとおり整理いたしました。

ご報告いただいた問題事案については、内容に応じて福岡労働局へ照会・要望し、会員へ周知することとしております。

つきましては、労災に関する問題が発生した際は、報告書（裏面）に記載の上、ご所属の郡市区医師会へご照会いただきますようお願いいたします。

《労災に関する問題事案について（フロー図）》



令和 年 月 日

労災に関する問題事案報告書

医療機関名称			
所属医師会		医療機関コード	, ,
担当者氏名		職種	
電話番号	— —	F A X 番号	— —

照会内容（当てはまる項目に✓をご記載ください。）

☐ 診療に関する内容 ☐ 請求に関する内容 ☐ その他（ ）

受診日	令和 年 月 日		
患者について	歳	男性 ・ 女性	
(要旨) 別紙または資料の添付： 有（ 枚）・ 無			

以下、郡市区医師会記載

(郡市区医師会の対応)
(福岡県医師会への要望・照会内容)

自動車保険に関する問題への対応について

本会では、交通事故診療における治療費の一括払い、健康保険への切り替え要求、治療費の打ち切り等の対応についての基本的な考え方及び問題が生じた場合の運用等についてまとめた「**自動車保険診療費算定基準の手引き**」を作成しております。

今般、新たに自動車保険に関する問題事案報告書（裏面）について作成いたしましたので、問題が生じた場合は下記フローに沿ってご対応いただきますようお願いいたします。

なお、本件につきましては、本会ホームページにも掲載しております。

本会ホームページ：https://www.fukuoka.med.or.jp/doctors/hoken/_10837.html

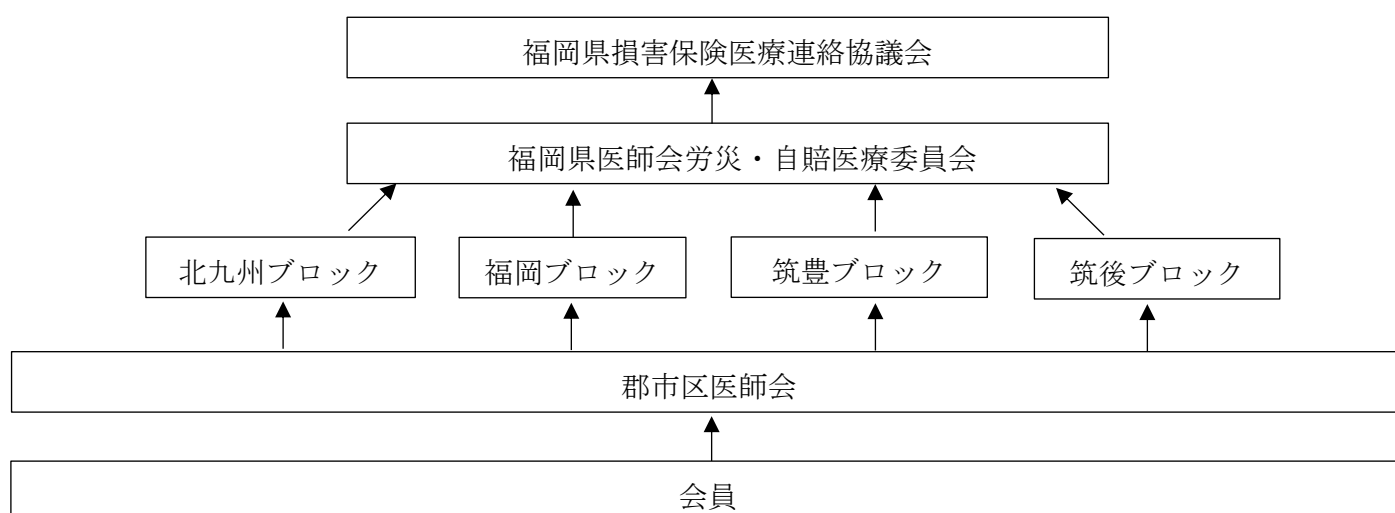


- 医療費の請求・支払いなどに関して、医療機関と損保会社または調査事務所との間で問題が生じた事案については、当事者双方が誠意をもって解決に努力することを前提としておりますが、本県において解決の見込みがない場合には、まずはご所属の郡市区医師会へ照会することとしております。

当事者間又は郡市区医師会、各ブロックでの解決が得られない事案については、福岡県医師会労災・自賠医療委員会を窓口として、本会・損保・共済・損害保険料率算出機構により構成する福岡県損害保険医療連絡協議会（自賠に関する連絡協議会）にて協議いたします。

- 本協議会において協議した結果につきましては、福岡県医報等により会員へ周知いたします。（医療機関等の公表はいたしません。）
- 問題事案を報告する際には、裏面の報告書を記載の上、ご所属の郡市区医師会へご照会いただきますようお願いいたします。

《自動車保険に関する問題事案について（フロー図）》



自動車保険に関する問題事案報告書

医療機関名称			
所属医師会		医療機関コード	, ,
担当者氏名		職種	
電話番号	— —	F A X 番号	— —

照会内容（当てはまる項目に✓をご記載ください。）

- | | | |
|---------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ 任意一括払い | ☐ 健康保険への切替え | ☐ 治療費の打ち切り |
| ☐ 医業類似行為 | ☐ 医療照会について | ☐ 後遺障害診断書 |
| ☐ その他（ ） | | |

保険会社名称 (任意・ 自賠責)	
担当者氏名	
(要旨) ※別紙または資料の添付： 有 (枚) ・ 無	

以下、郡市区医師会記載

(郡市区医師会の対応)
(福岡県医師会への要望・照会内容)