

平成 23 年 10 月 11 日

都道府県医師会  
担当理事 殿

日本医師会

常任理事 今村 聡

常任理事 鈴木 邦彦

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

今般、東京電力は、東京電力福島原子力発電所事故により避難された住民等の方々に対し、「本補償」の手続きを開始しましたが、生命・身体的損害に関する請求に関して指定診断書の作成依頼を受けた医療機関から数多くの問い合わせが寄せられています。

そこで、指定診断書を作成する上での注意点などについての Q & A 形式の資料を、東京電力より入手しました。

また、東京電力より日本医師会に対し、別添とおり、指定診断書作成への協力依頼がありましたので、併せてご案内申し上げます。

本文書の周知の仕方等につきましては、各都道府県医師会でご判断いただきたいと考えております。また、仮に都道府県医師会・郡市区医師会において、本通知文を全会員等へ周知するための諸経費（郵送料、印刷費等）が生じた場合の費用負担のあり方について東京電力と交渉中です。また、東京電力が本件についてどのような周知を行うかは現時点で未定です。

なお、日医から東京電力に対して、医療関係者に対する専用窓口の設置を申し入れておりますことを申し添えます。

（送付資料）

東京電力指定の診断書の取扱い等に関する Q & A

別紙（補償金ご請求のご案内 個人さま A 用 より抜粋）

診断書（医療証明書）作成に関するお願い

更新日：平成 23 年 10 月 11 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。

## 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 M・T 女 S 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	上記のうち 入院 年 月 日	上記のうち 入院 年 月 日
	退院 平成23年 5 月 21 日	退院 年 月 日	退院 年 月 日
	転帰 平成23年 9 月 28 日 (治療・中止・加療中・転医・死亡)	転帰 年 月 日 (治療・中止・加療中・転医・死亡)	転帰 年 月 日 (治療・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 2. あり 傷病名( XXX )		
前医または紹介医の有無	1. なし 2. あり 病院名( OX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 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O△会 O△病院  
所在地 福島県O△郡O△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、感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 感謝料 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 感謝料 B**、実際に治療を受けた日数欄にご記入ください。

平成23年10月

日本医師会 御中  
福島県医師会 御中

診断書（医療証明書）作成に関するお願い

東京電力株式会社  
福島原子力補償相談室

平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

このたびの福島第一原子力発電所及び福島第二原子力発電所の事故により、大変なご迷惑、ご不安をおかけしておりますことを深くお詫び申し上げます。

また、ご被害者の方々からのご依頼による診断書（医療証明書）の作成に関しましても、大変なご迷惑をおかけしまして、衷心よりお詫び申し上げます。

さて、診断書（医療証明書）につきましては、医療現場で大変なご負担となっていることを伺っておりますが、ご被害者のみなさまにご負担いただいている医療費や通院交通費等の支払いを進めるうえで、証明書類として必要となりますので、何卒ご協力をお願い申し上げます。

なお、通院交通費及び通院慰謝料につきましては、簡便な方法でご証明いただけるよう下記のとおり取り扱いを追加させていただきますので、ご参照のほどお願い申し上げます。

記

通院証明書について

ご被害者の方々に通院交通費及び通院慰謝料をご請求するにあたって、別添の「通院証明書」を証明書類としてご申請いただけます。当社にて、別途ご被害者のみなさまへは周知をいたしますが、ご被害者の方々から通院交通費及び通院慰謝料のお支払いに関して弊社指定の診断書作成のご依頼があった場合には、代替として本証明書により作成いただいて差し支えございません。

なお、自己負担額が10万円を超えた場合には、弊社指定の診断書が必要になりますので、何卒ご承知おきください。

以 上



# 診断書（医療証明書）

カルテ番号				
氏名		男 女	M・T S・H	
	年 月 日生	歳		
傷病名	①	②	③	
診療期間	初診 年 月 日 終診 年 月 日	初診 年 月 日 終診 年 月 日	初診 年 月 日 終診 年 月 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	上記のうち 入院 年 月 日 退院 年 月 日	
	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)	転帰 年 月 日 (治癒・中止・加療中・転医・死亡)	
発症・受傷時期	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	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      2. あり      傷病名( )			
前医または紹介医の有無	1. なし      2. あり      病院名( )			
原発事故による避難生活に起因の有無	<input 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 [ ]			
就労不能の有無	当該傷病による就労不能の有無      1. なし      2. あり 就労不能があったと考えられる期間    平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日			
検査所見 症状経過 治療経過				
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
	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
	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。

年 月 日

医療機関名  
所在地  
T E L  
医師名



## 通院証明書

氏名	男・女	生年月日	M・T S・H	年	月	日生( 歳)																									
傷病名	避難との因果関係		有	無	不明																										
担当医師の証明欄																															
発症時期	平成 年 月 頃																														
診療期間	自	平成	年	月	日	診療実日数																									
	至	平成	年	月	日	日間																									
年 月 ( 日間)	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
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31															
年 月 ( 日間)	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
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31															
年 月 ( 日間)	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
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31															
年 月 ( 日間)	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
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31															
年 月 ( 日間)	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
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31															
通院した日に 印をつけてください。																															
上記のとおり治療のため通院したことを証明する。																															
平成 年 月 日																															
所在地																															
医療機関 名称																															
担当医師																															
						印																									