

氏名	カルテ番号 ()		□男 □女	年 月 日生
疾病・傷病名		診療開始(初診)日	治療の状況	
		年 月 日	□治癒 □継続 □中止	
		年 月 日	□治癒 □継続 □中止	
		年 月 日	□治癒 □継続 □中止	
発病(受傷)から初診までの経過ならびに症状経過等(治療内容等)をご記入ください				
前医 ・ 紹介医	□有	医師名	医療機関名	
	□無	初診日 所在地	電話番号 () -	
※左太枠の中に入院ごとの入院の種類を下記から選びⅠ～Ⅲでご記入ください。				
入院	Ⅰ. 一般疾病(異常分娩含む) Ⅱ. 悪性新生物/上皮内新生物 Ⅲ. 傷害			
	入院の種類	入院期間		実入院日数 状況
		年 月 日～	年 月 日	日 □入院中 □退院 □転院 □その他()
		年 月 日～	年 月 日	日 □入院中 □退院 □転院 □その他()
		年 月 日～	年 月 日	日 □入院中 □退院 □転院 □その他()
分娩による入院の 保険適用期間		※上記入院期間のうち、出産に伴う「公的医療保険適用」の入院期間をご記載ください。 年 月 日～ 年 月 日		
今回の傷病に関して実施したKコード・歯科Jコード手術に関する情報(枝番・項番)をご記入ください。 ※検査・処置は含みません。 ※手術点数に加算がある場合は含めてご記入ください。				
手術 Kコード・ 歯科Jコード	手術名			□加算なし □加算() _____ 点 □加算() _____ 点
	□K □歯科J	— 「 」 ()		□通則8(乳幼児・幼児)加算 100分の □通則12(休日・時間外・深夜)加算 100分の □通則14(100分の50) □通則14(算定なし)
	手術日	年 月 日	点数	点 <<出産に係わる手術の場合>> □公的医療保険適用 □公的医療保険適用なし(自費)
	手術名			□加算なし □加算() _____ 点 □加算() _____ 点
	□K □歯科J	— 「 」 ()		□通則8(乳幼児・幼児)加算 100分の □通則12(休日・時間外・深夜)加算 100分の □通則14(100分の50) □通則14(算定なし)
	手術日	年 月 日	点数	点 <<出産に係わる手術の場合>> □公的医療保険適用 □公的医療保険適用なし(自費)
	手術名			□加算なし □加算() _____ 点 □加算() _____ 点
	□K □歯科J	— 「 」 ()		□通則8(乳幼児・幼児)加算 100分の □通則12(休日・時間外・深夜)加算 100分の □通則14(100分の50) □通則14(算定なし)
	手術日	年 月 日	点数	点 <<出産に係わる手術の場合>> □公的医療保険適用 □公的医療保険適用なし(自費)
※当欄に入りきらない場合は2ページ目にご記入ください。				
先進医療	技術名			
	施術年月日	年 月 日～	年 月 日	技術料 円
悪性新生物 及び 上皮内新生物	診断確定日	年 月 日		
	該当区分	□原発 □再発 □転移		
	状態	□治療中 □経過観察中(寛解状態) □治癒		

(お願い) 訂正の場合、必ず証明者による訂正印をお願いします。

※2ページ目に放射線治療と抗がん剤通院の記入欄がございます。

本証明書に記載のとおり証明します。
所在地 電話番号 () - 年 月 日
病院名
診療科目
医師名

Kコード・ 歯科Jコード (追記分)	手術名			<input type="checkbox"/> 加算なし <input type="checkbox"/> 加算() _____ 点 <input type="checkbox"/> 加算() _____ 点 <input type="checkbox"/> 通則8 (乳幼児・幼児)加算 <u>100分の</u> <input type="checkbox"/> 通則12(休日・時間外・深夜)加算 <u>100分の</u> <input type="checkbox"/> 通則14(100分の50) <input type="checkbox"/> 通則14(算定なし)
	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> 歯科J	— 「 」 ()		
	手術日	年 月 日	点数	点
	手術名			<input type="checkbox"/> 加算なし <input type="checkbox"/> 加算() _____ 点 <input type="checkbox"/> 加算() _____ 点 <input type="checkbox"/> 通則8 (乳幼児・幼児)加算 <u>100分の</u> <input type="checkbox"/> 通則12(休日・時間外・深夜)加算 <u>100分の</u> <input type="checkbox"/> 通則14(100分の50) <input type="checkbox"/> 通則14(算定なし)
	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> 歯科J	— 「 」 ()		
	手術日	年 月 日	点数	点

Mコード (放射線治療)	実施料	Mコード	M — 「 」 ()	名称				
		実施期間	年 月 日 ~ 年 月 日					
		算定点数	基本点数	点 × 回				
			注加算名			点数	点 × 回	
						点数	点 × 回	
			その他加算名			点数	点 × 回	
				点数	点 × 回			
	管理料	Mコード	M000 — 「 」	名称				
		実施期間	年 月 日 ~ 年 月 日					
		算定点数	基本点数	点 × 回				
			注加算名			点数	点 × 回	
						点数	点 × 回	
その他加算					点数	点 × 回		
			点数	点 × 回				
実施料	Mコード	M — 「 」 ()	名称					
	実施期間	年 月 日 ~ 年 月 日						
	算定点数	基本点数	点 × 回					
		注加算名			点数	点 × 回		
					点数	点 × 回		
		その他加算名			点数	点 × 回		
			点数	点 × 回				
管理料	Mコード	M000 — 「 」	名称					
	実施期間	年 月 日 ~ 年 月 日						
	算定点数	基本点数	点 × 回					
		注加算名			点数	点 × 回		
					点数	点 × 回		
		その他加算			点数	点 × 回		
			点数	点 × 回				

抗がん剤 治療 ・ ホルモン 療法	保険適用	治療内容(薬剤名)	状況	実施(投与・処方)された年を記載し、該当月に○ ※2021年8月以降のみ
	<input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 実施中	年 1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・12
	<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 完了	年 1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・12
	※薬剤の処方箋を発行された月 または 薬剤を投与された月 に印をお付けください。			

臓器摘出(全摘出)についての証明 (生命共済ご加入の場合にのみ使用します)	
<input type="checkbox"/> 胆のうを摘出しました <input type="checkbox"/> 脾臓を摘出しました <input type="checkbox"/> 子宮を摘出しました <input type="checkbox"/> 卵巣を摘出しました (右 ・ 左 ・ 両側)	
医師名	印

医療機関ご担当者様

全教共済様式 診断書（疾病の場合）、診断書（ケガの場合） 手術欄・診療報酬点数記載に際するお願い

日頃より、全教共済へのご理解ご協力ありがとうございます。

全教共済医療共済手術見舞金制度は、厚生労働省告示にもとづく手術コード（Kコード、Mコード、歯科Jコード）で定められた診療報酬点数に対応して算定し給付する規定となっています。

ご記入いただく際には、以下の点についてご注意ください。

※手術の費用のうち手術手技料の診療報酬点数の記載をお願いします。（輸血料、薬剤料等、特定保険医療材料料を除く）

下記の例以外でも告示や通知にもとづく実際に算定した診療報酬点数の記載をお願いします。

（例1）同日複数手術の場合

・通則14（主たる手術のみ算定）に該当する場合

【記載例】

手術名	腹腔鏡下直腸切除・切断術 切断術		<input type="checkbox"/> 加算なし <input type="checkbox"/> 加算() _____点 <input type="checkbox"/> 加算() _____点 <input type="checkbox"/> 通則8(乳幼児・幼児)加算 100分の_____ <input type="checkbox"/> 通則12(休日・時間外・深夜)加算 100分の_____ <input type="checkbox"/> 通則14(100分の50) <input type="checkbox"/> 通則14(算定なし) 出産に係わる手術の場合 <input type="checkbox"/> 公的医療保険適用 <input type="checkbox"/> 公的医療保険適用なし(自費)
<input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> 歯科J	740	— 2 「 3 」 ()	
手術日	2021年 4 月 20 日	点数	83,930 点
手術名	腹腔鏡下人工肛門造設術		<input type="checkbox"/> 加算なし <input type="checkbox"/> 加算() _____点 <input type="checkbox"/> 加算() _____点 <input type="checkbox"/> 通則8(乳幼児・幼児)加算 100分の_____ <input type="checkbox"/> 通則12(休日・時間外・深夜)加算 100分の_____ <input type="checkbox"/> 通則14(100分の50) <input checked="" type="checkbox"/> 通則14(算定なし) 出産に係わる手術の場合 <input type="checkbox"/> 公的医療保険適用 <input type="checkbox"/> 公的医療保険適用なし(自費)
<input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> 歯科J	726	— 2 「 」 ()	
手術日	2021年 4 月 20 日	点数	0 点

※通則14の告示「複数手術に係る費用の特例(従たる手術100分の50算定)」を適用している場合
従たる手術の点数を記載し、「通則14(100分の50算定)」にを入れてください

（例2）加算がある場合

・通則12にもとづき休日加算2を算定している場合

【記載例】

手術名	創傷処理(筋肉臓器に達するもの(長径5cm未満))		<input type="checkbox"/> 加算なし <input type="checkbox"/> 加算() _____点 <input type="checkbox"/> 加算() _____点 <input type="checkbox"/> 通則8(乳幼児・幼児)加算 100分の_____ <input checked="" type="checkbox"/> 通則12(休日・時間外・深夜)加算 100分の80 <input type="checkbox"/> 通則14(100分の50) <input type="checkbox"/> 通則14(算定なし) 出産に係わる手術の場合 <input type="checkbox"/> 公的医療保険適用 <input type="checkbox"/> 公的医療保険適用なし(自費)
<input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> 歯科J	001	— 1 「 」 ()	
手術日	2021年 4 月 20 日	点数	2,250 点

・「注」の加算及び手術医療機器等加算を算定している場合

【記載例】

手術名	胃切除術 悪性腫瘍手術		<input type="checkbox"/> 加算なし <input checked="" type="checkbox"/> 加算(注 有茎腸管移植) _____5,000 点 <input checked="" type="checkbox"/> 加算(k936-2 ×1) _____5,500 点 <input type="checkbox"/> 通則8(乳幼児・幼児)加算 100分の_____ <input type="checkbox"/> 通則12(休日・時間外・深夜)加算 100分の_____ <input type="checkbox"/> 通則14(100分の50) <input type="checkbox"/> 通則14(算定なし) 出産に係わる手術の場合 <input type="checkbox"/> 公的医療保険適用 <input type="checkbox"/> 公的医療保険適用なし(自費)
<input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> 歯科J	655	— 2 「 」 ()	
手術日	2021年 4 月 20 日	点数	66,370 点

全日本教職員組合共済会（全教共済）Tel:03-5211-0140
ご不明の点があれば給付担当までご連絡ください