

(記載例2) 療養費を自己負担した場合

必ず認定番号を記入してください。

様式第6号

1号紙

療養補償請求書

認定番号		〇〇-〇〇〇〇〇〇〇	
請求回数		第2回(〇年〇月分)	
地方公務員災害補償基金静岡県支部長 殿		請求年月日 平成〇年〇月〇日	
下記の療養補償を請求します。		請求者の住所 〇〇郡〇〇町〇〇番地	
		氏名 <small>ふりがな</small> おお ひと し ろう (大) 仁 次 郎 (大) 印	
1 補償費用の受領委任	この請求書による療養補償の費用の受領を.....に委任します。		
	委任者の氏名.....印		
2 被災職員の事項	所属団体名 〇〇町		
	所属部局名 (電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇) 〇〇課 〇〇係		
	氏名 大仁次郎 職名 主事 <input checked="" type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 常勤の非常勤		
昭和〇年〇月〇日生(〇歳)		負傷又は発病の年月日 平成〇年〇月〇日	
3 診療費	内訳は「*10 診療費請求明細」欄記載のとおり		15,750 円
4 調剤費	内訳は「*11 調剤費請求明細」欄記載のとおり		円
5 看護料	<input type="checkbox"/> 訪問看護 内訳は「*12 訪問看護事業者の証明」欄記載のとおり		円
	平成〇年〇月〇日から 5 日間 (看護師の資格) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 平成〇年〇月〇日まで		円
6 移送費	<input type="checkbox"/> 交通費 〇から 〇まで キロメートル <input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復		円
	<input type="checkbox"/> その他の移送費		円
7 上記以外の療養費			円
8 療養補償請求金額 (3~7の合計額)			15,750 円
9 送金希望の場合	振込先金融機関名		法人機関又は役職の名称(個人名義の場合は記入不要です)  (フリガナ) 氏名 大仁次郎
	〇〇銀行 〇〇支店		
	座番号 9876543		
	<input checked="" type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金		
送金小切手 銀行 支店			
その他			
*受理 平成 年 月 日		*通知 平成 年 月 日	
*支払 平成 年 月 日		*決定金額 円	

請求者が記入してください。

記入不要です。

請求者が記入してください。

(注意事項)

- 1 請求者は、\*印の欄には記入しないこと。また、該当する□にレ印を記入すること。
- 2 「認定番号」の欄は、第1回目の請求においては、記入する必要はないこと。
- 3 「1 補償費用の受領委任」の欄は、診療に当たった医師若しくは医療機関等、調剤に当たった薬剤師若しくは薬局又は訪問看護を行った訪問看護事業者に療養補償の費用の受領を委任しようとする場合にのみ記入すること。
- 4 「5 看護料」及び「6 移送費」については、訪問看護の場合を除き、費用の領収書又はこれに代わる証明書及び明細書を添付すること。
- 5 「7 上記以外の療養費」の欄には、入院料に食事代を含まない場合の食事料及び「3 診療費」に含まれない療養に必要な治療材料の名称、数量及び費用を記入し、その領収書及び明細書を添付すること。
- 6 「\*10 診療費請求明細」、「\*11 調剤費請求明細」又は「\*12 訪問看護事業者の証明」の欄の記入に代えて同様事項を記載した医師、歯科医師若しくは柔道整復師、薬剤師又は訪問看護事業者の証明書を添付してもよいこと。
- 7 「診療報酬点数表により計算できないもの」の欄には、金額及びその明細(例えば診断書料、入院室料差額等)を記入すること。
- 8 「請求者の氏名」の欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができる。

必ず領収書を添付してください。

認定傷病名

消費税はかかりません。

2号紙

*10 診療費請求明細				(職員氏名) 大 仁 次 郎			
傷病名	ア 右下腿骨骨折 イ ウ			診療開始日	ア平成22年9月15日 イ平成 年 月 日 ウ平成 年 月 日	診療期間	平成22年9月15日から 平成22年9月30日まで
初診	時間外・休日・深夜	回	点	傷病の経過	診療実日数 4 日		
再診	再外来診療料 継続管理加算 外来管理加算 時間外 休日 深夜	× × 52 × 3 × × ×	回 回 回 回 回 回	指 導			
在 宅	往診 夜間 深夜・緊急 在宅患者訪問診療 その他 薬	回 回 回 回 回		転 帰	平成 年 月 日 治 癒 継 続 転 医 中 止 死 亡		
投 薬	内服 { 薬剤調剤 } 頓服 { 薬剤調剤 } 外用 { 薬剤調剤 } 処方 麻毒 調基	× × × × ×	単 位 回 回 回 回 回	摘 要	私的なものは認められません 初診料 3,640円 再診料 4,080円 7,720円 明細(薬品名・検査名・治療材料等)を記入		
注 射	皮下 静脈 その他	回 回 回		処 置	* 消炎鎮痛等処置(湿布) 24 × 4 ミルトックス(10cm×14cm) 1枚 3 × 4		
処 置	薬 剤	4 回	96 12	画 像	* 単純(下腿) 四ツ切(2分割) 1枚 171 × 1 * 単純(下腿) 四ツ切(2分割) 1枚 232 × 1 四ツ切 1枚		
手 術	麻 酔	回 回		そ 他	* 処方せん料 68 × 2		
検 査	薬 剤	回 回		食 事	基 準	円 × 日間 円 × 日間 円 × 日間	
画 診	薬 剤	2 回	403	診療報酬点数表により計算できるもの	合計点数 803 × 1点単価	8,030 円	
そ の 他	処方せん	2 回	136	診療報酬点数により計算できないもの	診断書料・入院室料差額等	7,720 円	
入 院	入院年月日	平成 年 月 日		診療費請求合計額		15,750 円	
病・診・衣	入院基本料・加算	× 日間 × 日間 × 日間 × 日間		上記の事項は事実と相違ないことを証明します。(この欄の記入は、診療に当たった医療機関に療養補償の費用の受領を委任する場合は不要です。)			
特 定 入 院 料 ・ そ の 他				平成 22 年 0 月 00 日	診療機関の	所在地 ○○ 県 ○○ 市 ○○ 町 10-1 名 称 東海整形外科 医師の氏名 東海 一 夫 (東海印)	

医療機関で記入

(注) 本様式への記載に代えて医療機関が電算で打ち出したもの等を明細として添付することができます。ただし、この場合でも証明は必要です。