

# 療養補償請求書

(柔道整復師用)

|  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| 認定番号<br>請求回数 第 回 ( 年 月分)                       |   | 請求年月日 年 月 日   |   |
|  |   | 請求者の住所<br>.....<br>ふりがな<br>氏 名 ..... (印)<br>(氏名を自署する場合は、押印は不要です。) |   |
| 地方公務員災害補償基金静岡県支部長 殿<br>.....<br>下記の療養補償を請求します。 |   |   |   |
| 1<br>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。<br>委任者の氏名 ..... (印)                             |   |   |
|  | 上記委任に基づき、この請求書による療養補償の費用の支払を請求します。<br>受任者の { 住所 .....<br>名称 .....<br>氏名 ..... (印) |   |   |
| 2<br>被災職員に関する事項                                | 所属団体名   | 所属部局名 (電話番号 )   |   |
|  | 氏 名   | 職 名   | <input type="checkbox"/> 常 勤<br><input type="checkbox"/> 常勤的非常勤 |
|  | 年 月 日生 ( 歳)   | 負傷又は発病の年月日  | 年 月 日   |
| 3<br>施 術 料                                     | 内訳は「* 5 施術料請求明細」欄記載のとおり   |   | 円   |
| 4<br>送金希望の場合                                   | 振 込 み   | 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。)                                    |
|  |   | 銀行 支店   |   |
|  | 口座番号  | 預金名義者名  |   |
|  | <input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金                       |   |   |
| 送金小切手  | 銀行 支店   | (フリガナ)<br>氏 名   |   |
| その他  |   |   |   |
| * 受理<br>年 月 日                                  | * 通知<br>年 月 日   | * 支払<br>年 月 日   | * 決定金額<br>円   |

[注意事項]

- 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。
- 「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。
- 「1 補償費用の受領委任」の欄は、施術に当たった柔道整復師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。
- 「\* 5 施術料請求明細」の欄の記入に代えて同様事項を記載した柔道整復師の証明書を添付してもよいこと。

| * 5 施術料請求明細  |               |         |         |               |             |         |               |         |         |  |
|--|---------------|---------|---------|---------------|-------------|---------|---------------|---------|---------|--|
| 負傷名  | ア             |         |         | イ             |             |         | ウ             |         |         |  |
| 負傷年月日  | ア 年 月 日       |         |         | イ 年 月 日       |             |         | ウ 年 月 日       |         |         |  |
| 初検年月日  | ア 年 月 日       |         |         | イ 年 月 日       |             |         | ウ 年 月 日       |         |         |  |
| 施術期間   | 自             | ア 年 月 日 |         |               | イ 年 月 日     |         |               | ウ 年 月 日 |         |  |
|  |               | 至       | ア 年 月 日 |               |             | イ 年 月 日 |               |         | ウ 年 月 日 |  |
| 施術日数   | ア 日           |         |         | イ 日           |             |         | ウ 日           |         |         |  |
| 転帰   | ア 治ゆ・継続・転医・中止 |         |         | イ 治ゆ・継続・転医・中止 |             |         | ウ 治ゆ・継続・転医・中止 |         |         |  |
| 負傷の経過  | ア             |         |         | イ             |             |         | ウ             |         |         |  |
| 初検料  | 基本初検料         |         |         | 電療法           | ア 1回の料金 回 円 |         |               |         |         |  |
|  | 時間外・休日・深夜     |         |         |               | イ 円         |         |               |         |         |  |
| 再検料  | 回 円           |         |         | ウ 円           |             |         |               |         |         |  |
| 往診料  | km 回 円        |         |         | 運動療法料         | ア 円         |         |               |         |         |  |
|  | 夜間・難路・暴風雨・雪 回 |         |         |               | イ 円         |         |               |         |         |  |
| 指導管理料  | 回 円           |         |         | ウ 円           |             |         |               |         |         |  |
| 整復料  | ア 1回の料金 回 円   |         |         | 文書料 円         |             |         |               |         |         |  |
| 固定料  | イ 円           |         |         | その他           |             |         |               |         |         |  |
| 施療料  | ウ 円           |         |         |               |             |         |               |         |         |  |
| 後療料  | ア 円           |         |         | 摘要            |             |         |               |         |         |  |
|  | イ 円           |         |         |               |             |         |               |         |         |  |
|  | ウ 円           |         |         |               |             |         |               |         |         |  |
| あん法料   | ア 円           |         |         |               |             |         |               |         |         |  |
|  | イ 円           |         |         |               |             |         |               |         |         |  |
|  | ウ 円           |         |         |               |             |         |               |         |         |  |
| 請求金額   |               |         |         | 円             |             |         |               |         |         |  |
| <p>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、施術に当たった施術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。）</p> <p>年 月 日 施術機関の</p> <p>所在地<br/>名称<br/>氏名</p> <p style="text-align: right;">⑩</p> |               |         |         |               |             |         |               |         |         |  |