

地方公務員災害補償
療養費請求書

地方公務員災害補償基金 静岡県支部長 様

下記の療養費を請求します。

年 月 日

医療機関の { 〒
所在地
名称
氏名

金額 _____ 円

ただし、別添療養費請求明細書のとおり _____ 始め _____ 件分

送 金 先	振 込 先 銀 行		銀行	支店
	預金科目(レすること)		<input type="checkbox"/> 普通預金	<input type="checkbox"/> 当座預金
	振 込 口 座	番 号		
		フリガナ		
名 義				

- 療養費は、地方公務員災害補償基金静岡県支部から口座振替の方法により直接支払いますから、本人には、請求しないでください。
- この請求書は、月ごとに地方公務員災害補償基金静岡県支部(〒420-8601 静岡市葵区追手町 9 番 6 号 静岡県経営管理部福利厚生課内)あてに提出してください。
- 本請求書と内容が同一であれば、任意の請求書でかまいません。
- 請求に当たり、疑義のある場合は、地方公務員災害補償基金静岡県支部(Tel.054-221-3392) にお問い合わせください。

本請求書に関する照会先を御記入ください。

- 電話番号 _____
- 担当課(係) _____
- 担当者氏名 _____

※受 理	年 月 日
※決 定	年 月 日
※支 払	年 月 日
※決定金額	円

※印欄は、記入の必要はありません。

認定番号 ※1	所属・団体		氏名					
傷病名	ア	診療開始日	ア	年 月 日	診療期間	年 月 日から		
	イ		イ	年 月 日		年 月 日まで		
	ウ		ウ	年 月 日		診療実日数	日	
療養の経過	転帰		年 月 日					
	治ゆ	継続	転医	中止	死亡			
診療内容			点数(点)	診療内容			金額(円)	
⑪初診	時間外・休日・深夜	回	点	⑪初診				
⑫再診	再診	×	回	⑫再診				
	外来診療料	×	回		⑬指導			
	継続管理加算	×	回					
	外来管理加算	×	回					
	時間外	×	回					
⑬指導	休日	×	回	その他	<input type="checkbox"/> 認定請求時診断書 <input type="checkbox"/> 療養の給付請求書取扱料 <input type="checkbox"/> 移送費証明書 <input type="checkbox"/> その他 []			
	深夜	×	回					
	在宅	×	回					
⑭在宅	往診		回	食事	基準	×	日間	
	夜間		回			×	日間	
	深夜・緊急		回	室料加算 ※2	<input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 2人部屋 日× 円 月 日～ 月 日			
	在宅患者訪問診察		回					
⑯投薬	内服	{	薬剤調剤	×	単位	小計 (ロ)	診療費の合計 (イ) + (ロ)	
	外用		薬剤調剤	×	単位			
	処方	{	薬剤調剤	×	単位			摘要 ※3
	麻毒調基		薬剤調剤	×	単位			
	その他		薬剤調剤	×	単位			
薬剤		薬剤調剤	×	単位				
⑳注射	皮下筋肉内		回	⑳入院	入院年月日	年 月 日		
	静脈内		回		病・診・衣	入院基本料・加算		
㉑処置	その他		回		×	日間		
	薬剤		回		×	日間		
㉒手術・麻酔	薬剤		回		×	日間		
	薬剤		回		×	日間		
㉓検査	薬剤		回		×	日間		
㉔画像診断	薬剤		回		×	日間		
㉕その他								
㉖入院	特定入院料・その他							
	小計	点	1点単価 円	(イ)	円			

※1 必ず認定番号(8桁の数字 ○○-○○○○○○)を記入してください。
 ※2 室料加算を算定した場合は、上級室を使用した理由を摘要欄に記入してください。
 ※3 摘要欄等を書ききれない場合には、別紙を添付してください。
 ※4 年月日の記載には、元号を用いてください。