

(記載例3) 共済組合員証を使用して受診した場合

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)

請求者が記入してください。

地方公務員災害補償基金静岡県支部長 殿	請求年月日 令和〇年〇月〇日
下記の療養補償を請求します。	請求者の住所 〇〇市〇〇町〇〇番地
	氏名 ふりがな 富 士 花 子

記入不要です。

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.....
	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。
	受任者の { 住所..... 医療機関等の名称..... 氏名(代表者名).....

請求者が記入してください。

2 被災する職員に	所属団体名 〇〇市	所属部局名 (電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇) 〇〇部〇〇課〇〇係
	氏名 富士花子	職名 係長 <input checked="" type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員
	昭和〇年〇月〇日生(〇歳)	負傷又は発病の年月日 令和〇年〇月〇日
3 診療費	内訳は「*10 診療費請求明細」欄記載のとおり	6,450 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
	年 月 日から 年 月 日まで 日間 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	円
6 移送費	<input type="checkbox"/> 交通費 円	円
	から まで キロメートル <input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復	
	<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)		6,450 円

3割自己負担分の額を記入してください。(領収証と同額)

必ずフリガナを記入してください。

9 送金希望の場合	振込み	振込先金融機関名 〇〇銀行 〇〇支店	預金名義者名 (フリガナ) 富 士 花 子
		口座番号 0246802	
		<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 (到達した年月日)	所属部局 年 月 日	任命権者 年 月 日	基金支部 年 月 日
*通知 年 月 日	*支払 年 月 日	*決定金額 円	

〔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。
- 9 年月日の記載には元号を用いる。

「*10 診療費請求明細」は医療機関で記入してもらってください。

*10 診療費請求明細		(職員氏名) 富士花子			
傷病名	ア 左手甲部切創 イ ウ	診療開始日	令和〇年〇月〇日 イ 年 月 日 ウ 年 月 日	診療期間	令和〇年〇月〇日から 令和〇年〇月〇日まで
初診	時間外・休日・深夜	回	点	診療実日数	3日
再診	再診料 ○ × ○ 回 ○ ○ 外来診療料 × × 回 ○ ○ 継続管理加算 × × 回 ○ ○ 外来管理加算 × × 回 ○ ○ 時間外 × × 回 ○ ○ 休日 × × 回 ○ ○ 深夜 × × 回 ○ ○	傷病の経過			
指導	転帰				令和〇年 〇月 〇日
在宅	往夜診間 回 回 回 深夜・緊急 回 回 回 在宅患者訪問診察 回 その他 回	<input type="checkbox"/> 治ゆ <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 転医 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 死亡 摘要			
投薬	内服 { 薬剤 調剤 × 単位 回 屯服 { 薬剤 調剤 × 単位 回 外用 { 薬剤 調剤 × 単位 回 処方 ○ × ○ 回 ○ ○ 麻毒 × 回 調基	処方 ○○○ ○○×○○ 注射 ○○○ ○○×○○ 処置 ○○○ ○○×○○ 検査 ○○○ ○○×○○ レントゲン ○○○ ○○×○○			
注射	皮下筋肉内 ○○ 回 ○○ 静脈内 回 回 その他 回				
処置	薬剤 ○○ 回 ○○				
手術・麻酔	薬剤 回 回				
検査	薬剤 ○○ 回 ○○				
画像診断	薬剤 ○○ 回 ○○				
その他					
入院	入院年月日	年 月 日			
	病・診・衣	入院基本料・加算	× 日間 × 日間 × 日間 × 日間 × 日間		
院	特定入院料・その他	食事	基準	円× 日間 円× 日間 円× 日間	
診療報酬点数表により計算できるもの		合計点数	1点単価	21,500 円	
診療報酬点数表により計算できないもの		診断書料・入院室料差額等	円		
診療費請求合計額		21,500 円			
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。)					
令和〇年 〇月 〇日		診療機関の	所在地	〇〇市〇〇町〇〇番地	
			名称	〇〇整形外科医院	
			医師の氏名	医師〇 〇 〇 〇	

薬品名、検査名、治療材料等の明細を記入してください。

「治ゆ報告書」を提出するよう指導してください。

自己負担（3割分）分の領収書等を添付してください。紛失した場合は、支払証明書を添付してください。

医師の印は不要となりました。

(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。