

(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 下記の療養補償を請求します。	請求年月日	令和〇年〇月〇日
	請求者の住所	〇〇郡〇〇町〇〇番地
氏名 ふりがな おお ひと し ろう 氏 名 大 仁 次 郎		

請求者が記入してください。

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).....	

記入不要です。

2 被災する職員に 関する事項	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"/> 令第1条職員
	平成〇年〇月〇日生(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	16,050 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 日間 (看護師の資格) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	円

6 移送費	<input type="checkbox"/> 交通費 円
	<input type="checkbox"/> その他の移送費 円

請求者が記入してください。

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)	16,050 円
---------------------	----------

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) 大 仁 次 郎
		口座番号 9876543	
	送金小切手	銀行 支店	

*受理(到達した年月日)	所属部局	任命権者	基金支部
	年 月 日	年 月 日	年 月 日

*通知	年 月 日	*支払	年 月 日	*決定金額	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、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等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 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。
- 「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。
- 「*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。
- 「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。
- 「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。
- 年月日の記載には元号を用いる。

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	令和2年9月15日	診療期間	令和2年9月15日から 令和2年9月30日まで		
初診	時間外・休日・深夜	回	点	診療開始日	イ 年 月 日 ウ 年 月 日	診療実日数	4 日		
再診	再 診 × 外 来 診 療 料 × 続 続 管 理 加 算 × 外 来 管 理 加 算 52 × 時 間 外 3 × 休 日 × 深 夜 ×	回	156	傷病の経過	外来通院、消炎鎮痛等処置 経過観察を要する。				
指導				転帰	令和2年9月30日				
在宅	往 夜 診 間 × 深 夜 ・ 緊 急 × 在 宅 患 者 訪 問 診 察 × そ の 他 × 薬 剤 ×	回		治 癒 () 繼 続 () 転 医 () 中 止 () 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 × 麻 毒 × 調 基 ×	回		私的なものは認められません	初診料 3,820円 再診料 4,200円 8,020円				
注射	皮 下 筋 肉 内 × 静 脈 内 × そ の 他 ×	回			明細(薬品名・検査名・治療材料等)を記入	処置 * 消炎鎮痛等処置(湿布) 24×4 ミルタックス(10cm×14cm) 1枚 3×4			
処置	薬 剤 4 回	96	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	薬 剤 4 回	12	その他			* 処方せん料 68×2			
検査	薬 剤 2 回	403	食事			食 基 準 円× 日間 円× 日間 円× 日間			
画像診断	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 10 8,030 円			
その他	処方せん 2 回	136	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 8,020 円			
入院	入院年月日 年 月 日		診療費請求合計額			16,050 円			
入院	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。)						
入院	特定入院料・その他		令和○年○月○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						

「治ゆ」欄に○印が付いたら「治ゆ報告書」を提出するように指導してください。

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。