

被災職員が支払いを受ける場合

療養補償請求書

認定番号 〇〇-〇〇〇〇〇
請求回数 第1回(令和〇年5月分)

地方公務員災害補償基金 青森県 支部長 殿
請求年月日 令和〇年5月7日
請求者の住所 〇〇町大字〇〇字〇〇192
フリガナ 氏名 アオモリ コウオ 青森 甲夫

原則として被災職員であること。

1 この請求書による療養補償の費用の受領を 委任者の氏名
受補償費用の受任者の 医療機関等の名称 所在地 氏名(代表者名)

2 所属団体名 〇〇町
所属部局名 総務課庶務係 (電話番号 〇〇-〇〇〇〇)
職名 主幹
所属部局名 〇〇町
フリガナ 氏名 アオモリ コウオ 青森 甲夫
平成〇〇年12月5日生(〇〇歳)
職名 主幹 常勤 負傷又は発病の年月日 令和〇年4月10日

3 診療費 内訳は「*10 診療費請求明細」欄記載のとおり 20,000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 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
年 月 日から 日間 看護師の資格 有 無
年 月 日まで

6 移送費 交通費 〇〇 から ×× まで 4 km 往復 5回 5,000円
その他の移送費

7 上記以外の療養費(3~6以外) 部屋代差額 3,000円
8 療養補償請求金額(3~7の合計額) 28,000円

9 公金受取口座を利用する
個人番号 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇
任意の口座を指定する
金融機関名 本支店等名
口座種別 普通 当座 口座番号
口座名義人 法人機関又は役職の名称(フリガナ) 氏名(フリガナ)
その他

公金受取口座を利用する場合、個人番号を記入し、金融機関名等の記入は不要。
任意の口座を利用する場合、金融機関名等を記入する。

* 受理 (到達した年月日) 所属部局 任命権者 基金支部
* 決定金額 円 * 通知 年月日 * 支払 年月日

- [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、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(3~6以外)」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、併せてその領収書及び明細書を添付すること。
6 「9 送金希望口座等」の欄は、公金受取口座への送金を希望する場合は、送金先金融機関名等の口座登録情報を記入する必要はないこと。なお、「法人機関又は役職の名称」については、個人名義の場合は記入不要であること。
7 「*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。
8 「診療報酬点数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。
9 年月日の記載には元号を用いる。

*10 診療費請求明細				(職員氏名)					
傷病名	ア イ ウ	診療開始日	ア イ ウ	年 年 年	月 月 月	日 日 日			
初診	時間外・休日・深夜	回	点	診療期間	年 年	月 月	日から 日まで	診療 実日数	日
再診	再診	×	回	傷病の経過					
	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 深夜	×	回						
指導				転帰	年	月	日		
在宅	往診	回		治ゆ	継続	転医	中止	死亡	
	夜間 深夜・緊急 在宅患者訪問診察 その他 薬剤	回		医療機関が記入する。					
投薬	内服	薬剤	×	単位	<ul style="list-style-type: none"> ・診療費の領収書 ・上級室・個室等証明書 ・部屋代差額の領収証 ・通院証明書、領収書等を添付すること。 				
	屯服	薬剤	×	単位					
		薬剤	×	単位					
	外用	薬剤	×	単位					
	処方	薬剤	×	単位					
	麻毒 調基			回					
注射	皮下筋肉内			回					
	静脈内			回					
	その他			回					
処置	薬剤			回					
手術・麻酔	薬剤			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					
特定入院料・その他			日間	食事	基準	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	円	×	円	
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			円		
診療費請求合計額							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、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。)</p> <p>令和〇 年 4 月 30 日</p> <p>診療機関の { 名称 ○〇整形外科病院 所在地 ○〇町〇〇二丁目39-4 医師の氏名 ○〇 ○〇</p>									

医療機関の証明が必要です。