

(医療機関から地方公務員災害補償基金にご請求いただく場合)

被災職員が網掛部分を記入してお渡します。

受け取られましたら、太線で囲った部分をご記入ください。

提出は1か月分でも数か月分まとめていただいても構いませんが、明細を記入される際は1か月分毎にご記入ください。

地方公務員災害補償

療養補償請求書

記入例

〒650-8567 神戸市中央区下山手通5丁目10番1号 兵庫県総務部職員局職員課内 電話 078-341-7711 内線2652 受付時間 9時~12時、13時~17時 地方公務員災害補償基金 兵庫県支部長 様 下記の療養補償を請求します。		請求年月日 令和 ○年 ○月 ○日	
1 (被災職員) 請求者の住所 ○○市○○町○○番 氏名 兵庫太郎		被災職員 記入	
2 (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。 氏名 兵庫太郎			
3 (委任に基づく支払請求) 上記委任に基づき、この請求書による療養補償の支払を請求します。 住所 〒○○○-○○○○ 支払請求者(医療機関等)の 電話番号 ○○○-○○○-○○○○ (担当:) 氏名 ○○○○病院 院長○○○○			
* 4 整理番号		記入不要	
5 認定番号 (8桁) 第 - 号		6 被災職員 所属団体名 ○○市 氏名 兵庫太郎 (大・昭・平 ○年 ○月 ○日生)	
7 診療 期間 年 月 日 から 年 月 日 まで 日間 診療実日数 日		8 現在 の 状況 年 月 日 現在 <注意> 「5認定番号6所属団体名」 西方未記入の場合確認できま せん。 どちらか必ずご記入ください。 傷病 所属団体名は、被災職員に 確認してください。	
9 傷病名 (1) レセプト添付の場合 (2) レセプトに傷病記載があれば (3) 未記入でも可 (4) (請求に関係のない傷病名は 削除してください)		10 診療 開始 日 (1) 年 月 (2) 年 月 (3) 年 月 (4) 年 月 (5) 年 月	
12 診療費		内訳「19診療請求明細」欄記載のとおり 円	
13 調剤費		内訳は別添「調剤費請求明細」欄記載のとおり 円	
14 看護料		年 月 日 から 看護師の資格 年 月 日 まで 日間 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 円	
15 移送費		(交通費) 片道 回 円 から まで 往復 (その他の移送費) 円	
16 上記以外の療養費		円	
17 療養補償請求額		※12~16の合計 17のみ記入でも可 必ず記入してください 円	
18 送金先		* 受 理 令和 年 月 日 * 支 払 令和 年 月 日 * 決定金額 記入不要 円	
銀行名 ○○ 銀行 ○○ 支店		過去の請求実績があっても 必ず記入して下さい。 (ゴム印、別紙、貼付可)	
預金種類			
名義 (カタカナ で記入し て下さい)			
口座番号 ○○○○○○○○			

医療機関が記入してください。

押印不要です。
(令和3年廃止)

レセプトを出力して添付していただく場合は、明細の記入は不要
(摘要欄に「別紙参照」と記入)です。※レセプト添付を推奨しております。

19 診療報酬請求明細			
診療内容		点数	金額
①	初診 時間外・休日・深夜	点	円
⑫ 再診	再診 × 回		
	外来管理加算 × 回		
	継続管理加算 × 回		
	時間外 × 回		
	休日 × 回		
⑬	指導 回		
⑭ 在宅	往診 回		
	夜間 回		
	深夜・救急 回		
	在宅患者訪問診察 回		
	その他 回		
⑯ 投薬	⑲ 内服薬剤 単位 回		
	調剤 × 回		
	⑳ 頓服薬剤 単位 回		
	調剤 × 回		
	㉑ 外用薬剤 単位 回		
	調剤 × 回		
	㉒ 処方 × 回		
⑰ 注射	㉓ 麻毒 回		
	㉔ 調基 回		
	㉕ 調基 回		
⑱ 処置	㉖ 皮下筋肉内 回		
	㉗ 静脈内 回		
	㉘ その他 回		
⑲ 手麻酔	薬剤 回		
⑳ 検査	薬剤 回		
㉑ 画診 像断	薬剤 回		
㉒ その他	診断書料(非課税) 通		
	処方せん × 回		
	薬剤 回		
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		
食事	基準	円× 日間	
		円× 日間	
		円× 日間	
ご記入ください。			
A	診療報酬点数表により計算できるもの	合計点数 × 1点評価	円
B	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
C	診療費請求合計額 (A+B、円未満切捨て)		円
20 (証明)上記の事項は事実と相違ないことを証明します。(なおこの欄は「3(委任に基づく支払請求)」をする場合は不要です。)			
令和 年 月 日		病院または 診療所の	所在地 名称 医師氏名
			医療機関から当支部への提出時は、 記入不要です。

明細を記入される際は、1か
月分毎にご記入ください。

被災職員が認定請求用として依頼した
診断書料のみ請求できます。認定請求
用以外の診断書料は、本人負担として
支払不可となります。

※医療機関に対し、診断書料等の文書料に
係る消費税はお支払いできません。

ご記入ください。