

調剤薬局ご担当者様

被災職員にかかる調剤費等の請求を保留していただいている場合（ただし交通事故等で示談先行の場合を除く。）は、当基金あて調剤費等をご請求ください。

健康保険使用、被災職員全額負担の場合はこちらに請求は不要ですが、被災職員が当基金に請求の為の明細を求めた場合は、レセプトの提供等ご協力をお願い致します。

※押印不要です。（令和3年廃止）

被災職員が網掛部分（1、2、5、6）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。

記入例

地方公務員災害補償

〒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○ 氏名 兵庫		網掛部分 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 ○○○○○○ 氏名 兵庫太郎		
3 (委任に基づく支払請求) 薬局名、店名は必ず記入してください(社名は未記入でも可) 支払請求者(医療機関等(担当:))		書による療養補償の支払を請求します。 住所 〒○○○-○○○○ 電話番号 ○○○-○ 氏名 ○○○○薬局 神戸市分は神戸市支部に送付ください。
* 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 調剤日、日数を記入ください。 診療実日数 日	8 現在の状況 <input type="checkbox"/> 現在 <input type="checkbox"/> 状況 <注意> 「5認定番号6所属団体名」 両方未記入の場合当基金が把握している被災職員の情報との照合ができません。 未記入の場合、どちらか必ず被災職員に確認のうえご記入ください。
9 傷病名 (1) 医療機関よりお伺いの時は (2) 傷病名 (3) ご記入ください (4) (未記入でも可) (5)	10 診療開始日 (1) 年 月 日 (2) 8.10.11は (3) 未記入でも可。 (4) (5) 年 月 日	
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 年 月 日 まで 日間 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 薬局の調剤費は点数×10円です。	
15 移送費	(交通費) 片道 回 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	※17のみ記入でも可 必ず記入してください(記入の際は13と同額) 円	
18 送金先	銀行名 ○○ 銀行 ○○ 支店	* 受理 令和 年 月 日
	預金種類 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 定期	* 支払 令和 年 月 日
	名義カタカナで記入して下さい	* 決定金額 記入不要 円
	口座番号 ○○○○○○	

調剤薬局が記入してください

※口座の間違い、未記入が多いです。ご提出前に再度ご確認ください。

R04.02作成

