

～被災職員自己負担分請求時～
療養補償請求書(支部様式第15号、第16号)のチェックポイント

基金支部に提出する前に、所属担当者・任命権者において、療養補償請求書を確認してください。

	項 目	チェック欄
1	請求年月日、「1 請求者の住所・氏名」を記入しているか。	<input type="checkbox"/>
2	「5 認定番号」を記入しているか。	<input type="checkbox"/>
3	「6 被災職員の所属団体名、氏名、生年月日」を記入しているか。	<input type="checkbox"/>
4	「7 診療期間」は、災害発生前あるいは治ゆ後ではないか。 ※診断書料、移送費等、治療費以外の費用のみを請求する場合は不要	<input type="checkbox"/>
5	「9 傷病名」欄に記載の傷病名は、認定傷病名が記入されているか。 ※認定されていない傷病(私病等)に関する療養は、補償の対象外	<input type="checkbox"/>
6	「12診療費」～「16上記以外の療養費」欄の合計金額が「17療養補償請求額」の欄に記入されているか。	<input type="checkbox"/>
7	「18送金先」欄について、被災職員本人の口座情報を、預金種類、名義(カタカナ)等、もれなく記入しているか。	<input type="checkbox"/>
8	「19診療報酬明細」欄に医療機関等の証明がされているか。 ※医療機関等が発行したレセプト等を添付する場合は不要 ※診断書料、移送費等、治療費以外の費用のみを請求する場合は不要	<input type="checkbox"/>
9	療養を受けた医療機関等は、「療養の給付請求書・医療機関への対応報告書」又は「療養の給付請求書・転医届」で基金支部に届出済みの医療機関等と一致するか。 ※薬局は届出不要	<input type="checkbox"/>
10	添付してある領収書の合計金額は、「17療養補償請求額」と一致するか。 ※電車、バス等の交通機関利用時に負担した運賃を除く。	<input type="checkbox"/>
11	「補装具必要証明書」「移送費証明書」等、必要な証明書等がすべて添付されているか。	<input type="checkbox"/>
12	「文書料」を請求する場合、 <u>基金支部に原本を提出済みか</u> 。また、 <u>サービス関係等他の目的(傷病休暇の申請、共済組合への給付請求等)に使用する診断書料等が含まれていないか</u> 。	<input type="checkbox"/>