

(参考)

### 認定後に被災職員がお持ちする療養補償請求書の記入例です。

認定までの間、調剤費等の請求を保留していただける場合は、認定後に被災職員がお持ちする療養補償請求書を使用して、この記載例を参考に、当基金あてご請求ください。

健康保険使用、被災職員全額負担の場合はこの請求は不要ですが、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 078-362-3122 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 被災職員記入済	
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)		請求書による療養補償の支払を請求します。	
支払請求者(医療機関等) (担当: )		住所 〒○○○-○○○ 電話番号 ○○○-○ 氏名 ○○○○薬局	
* 4 整理番号		6 被災職員	
5 認定番号(8桁) 第 - 号		所属団体名 ○○市	
氏名 兵庫太郎 (大・昭・平 ○年○月○日生)			
7 診療期間		8 現在の状況	
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		現在の状況 <input type="checkbox"/> 現在 <input type="checkbox"/> 状況	
9 傷病名		10 診療開始日	
(1) (2) 医療機関よりお伺いの時は (3) ご記入ください (4) (未記入でも可) (5)		(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 (注)長期収載品の選定療養にかかる「特別の料金」相当額は、補償の対象外(被災職員の負担)ですので、請求額に含まないでください。 円	
14 看護料		年 月 日 から 年 月 日 まで 円 薬局の調剤費は点数×10円です。	
15 移送費		(交通費) 片道 回 円 から まで 往復 円 (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		* 受理 令和 年 月 日 * 支払 令和 年 月 日 * 決定金額 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ください。 (ゴム印、別紙、貼付可)			
預金種類 □ 当座 □ 当座 別債 名義カタカナで記入して下さい 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。

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(空欄に「別紙参照」と記入)です。※レセプト添付を推奨しております

調剤費請求明細		(職員氏名)						
処方せんを交付した診療機関	名称 所在地							
担当医氏名	1.	3.						
	2.	4.						
調剤期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間		調剤実日数	日				
医師番号	処方月日	調剤月日	処 方		調剤報酬点数			
			医薬品名・規格・用量・剤型・用法	単位薬剤料	調剤数量	調剤料	薬剤料	加算料
	.	.		点		点	点	点
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
処方せん受付回数	回	摘要	↓ご記入ください					
調剤基本料(点)	時間外加算等(点)	指導料(点)	合計点数		点			
			合計金額		円			
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、調剤に当たった薬剤師に療養補償の費用の受領を委任する場合は不要です。)								
令和 年 月 日		薬局の		所在地 名称 薬剤師の氏名		調剤薬局から当支部への提出時は、 記入不要です。		
(※自署又は記名押印)								

お問い合わせ先：地方公務員災害補償基金兵庫県支部  
 〒650-8567  
 兵庫県神戸市中央区下山手通5-10-1 兵庫県総務部職員局職員課内  
 TEL 078-362-3122  
 (受付時間 9時～12時、13時～17時)