

(被災職員が治療費等の全額または一部立替払いをした場合)

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 078-362-3122 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○○町○○番 (フリガナ) 氏 名 兵庫 太郎		6 被災職員 所属団体名 ○○市 氏 名 兵庫 太郎 (六 〇 一 〇 一 〇 年 〇 月 〇 日 生)	
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 _____ 氏に委任します。 氏 名 _____		記入不要	
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。 支払請求者(医療機関等)の _____ 氏 (担当: _____) 電話番号 _____		記入不要	
* 4 整理番号	記入不要		6 被災職員
5 認定番号 第 _____ 号	7 診療期間 _____年 _____月 _____日から _____年 _____月 _____日まで 診療実日数 _____日		8 現在 の _____年 _____月 _____日 現在 状況 <input type="checkbox"/> 治 癒 <input type="checkbox"/> 転 医 <input type="checkbox"/> 継続中 <input type="checkbox"/> 中 止 <input type="checkbox"/> 死 亡
9 傷病名 (1) _____ (2) _____ (3) _____ (4) _____ (5) _____	10 診療開始日 (1) _____年 _____月 _____日 (2) _____年 _____月 _____日 (3) _____年 _____月 _____日 (4) _____年 _____月 _____日 (5) _____年 _____月 _____日	11 傷病の経過	
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 日間 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 看護師の資格		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			円
18 送金先	銀行名	○○ 銀行 ○○ 支店	* 受 理 令和 _____年 _____月 _____日
	預金種類	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 別段	* 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
	口座番号(7桁)	○○○○○○○○○	

医療機関に記入してもらってください。

被災職員が記入してください。

金融機関振込に限りません。

【注 意 事 項】

- *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 (補償費用の受領委任)」の欄は、診療に当たった医療機関または調剤に当たった薬剤師もしくは薬局に補償費用の受領を委任しようとする場合にのみ記載し、その他の場合には記入しないこと。
- 「14 看護料」および「15 移送費」については、費用の領収書・明細書および各証明書を添付すること。
- 「16 上記以外の療養費」の欄には、診断書料、その他療養に必要な治療材料等の名称、数量及び費用を記入し、領収書および「明細書」を添付すること。

この面は、医療機関等に記入してもらってください。
 ※レセプトを出力して添付する場合は、明細の記入は不要（摘要欄に「別紙参照」と記入）です。

医療機関等に支払った治療費を請求する場合に限り、証明が必要です。
 ただし、診断書料のみの場合や、室料差額のみときで個室・上級室証明書を添付した場合等は不要です。

19 診療報酬請求明細				点数	金額	摘要		
診療内容				点	円			
①	初診	時間外・休日・深夜						
⑫	再診	×	回					
	外来管理加算	×	回					
	継続管理加算	×	回					
	時間外	×	回					
	休日	×	回					
	深夜	×	回					
⑬	指導		回					
⑭	往診		回					
	夜間		回					
	深夜・救急		回					
	在宅患者訪問診察		回					
	その他		回					
	薬剤		回					
⑳	⑲ 内服薬剤		単位					
	調剤	×	回					
	⑳ 頓服薬剤		単位					
	調剤	×	回					
	㉑ 外用薬剤		単位					
	調剤	×	回					
	㉒ 処方	×	回					
㉓ 麻毒		回						
	㉔ 調基		回					
㉕	⑳ 皮下筋肉内		回					
	㉖ 静脈内		回					
	㉗ その他		回					
㉘	処置		回					
	薬剤		回					
㉙	手麻酔		回					
	薬剤		回					
㉚	検査		回					
	薬剤		回					
㉛	画像診断		回					
	薬剤		回					
㉜	診断書料（非課税）		通					
	処方せん	×	回					
	薬剤		回					
	救急医療管理加算							
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				
	×	日間						
	特定入院料・その他							
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	所在地			
				診療所の	名称			
					医師氏名			
(※自署又は記名押印)								

必ず、証明
 してもらっ
 てください。

- 5 「19診療費請求明細」の欄の記入にかえて同様の事項が記載された機械出力による明細書の添付でもよい。
- 6 「20(証明)」欄は医療機関が補償費用の受領委任を受けて「3(委任に基づく支払請求)」をする場合は記入する必要はない。