

(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か月分でも数カ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 078-362-3122 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 氏 名 兵 庫 太 郎	
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		6 被災職員
5 認定番号 (8桁)	第 ー 号		所属団体名 ○○市 氏 名 兵 庫 太 郎 (大<略>・平 ○年 ○月 ○日生)
7 診療 期間	年 月 日 から 年 月 日 まで 診療実日数 日間 日		8 現在 の 状況 年 月 日 現在 継続中 傷病 日
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) (5)	10 診療 開始 日	(1) 年 月 (2) 年 月 (3) 年 月 (4) 年 月 (5) 年 月	<注意> 「5認定番号6所属団体名」 両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。 所属団体名は、被災職員に 確認してください。
12 診 療 費	内訳「19診療請求明細」欄記載のとおり		
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 看護師の資格 年 月 日 まで 日間 □有 □無		円
15 移 送 費	(交通費) 片道 から まで 往復 回 (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	銀行名	○○ 銀行 ○○ 支店	* 受 理 令和 年 月 日
	預金種類	過去の請求実績があっても	* 支 払 令和 年 月 日
	名 義 (カタカナ で記入し て下さい)	必ず記入して下さい。 (ゴム印、別紙、貼付可)	* 決定金額 記入不要 円
	口座番号	○○○○○○○○	

被災職員
記入

押印不要です。
(令和3年廃止)

医療機関が記入してください。

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
(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	摘要			
⑪	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					
	深夜		×	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					
⑮	投薬	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					
⑯	注射	㉓ 皮下筋肉内		回					
		㉔ 静脈内		回					
		㉕ その他		回					
⑰	処置			回					
	薬剤		回						
⑱	手麻酔			回					
	薬剤		回						
㉖	検査			回					
	薬剤		回						
㉗	画像診断			回					
	薬剤		回						
㉘	その他	診断書料(非課税)		通					
		処方せん	×	回					
		薬剤		回					
㉙	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						
院	×	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 × 12 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・入院室料金額等	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。 (※自署又は記名押印)				

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。

※診断書料をご請求の場合は、その診断書の発行日及び様式名又は様式番号を摘要欄にご記載ください。

※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。