

療養補償請求書

		認定番号	〇〇-〇〇〇〇〇	
		請求回数	第〇回 (〇〇年〇〇月分)	
地方公務員災害補償基金 大阪府支部長 様 下記の療養補償を請求します。		請求年月日	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	
		請求者の住所	〇〇市〇〇町〇〇丁目〇〇	
		ふりがな	おおさか たろう	
		氏名	大阪 太郎	
1 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。 委任者の氏名.....			
	上記委任に基づき、この請求書による療養補償の費用の支払を請求します。 受任者の { 住 所..... 医療機関等の名称..... 氏 名(代表者名).....			
2 被災 関する 事項 に 関する	所属団体名	大阪府警察本部		
	氏名	大阪 太郎		
	職名	〇〇警察署 <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員		
	負傷又は発病の年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日生 (〇〇歳) 令和〇〇年〇〇月〇〇日		
3 診療費	内訳は「*10 診療費請求明細」欄記載のとおり	〇, 〇〇〇円		
4 調剤費	内訳は「*11 調剤費請求明細」欄記載のとおり	円		
5 看護料	<input type="checkbox"/> 訪問看護 内訳は「*12 訪問看護事業者の証明」欄記載のとおり	円		
	年 月 日から 日間 { 看護師の資格 } 年 月 日まで { <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 }	円		
6 移送費	<input checked="" type="checkbox"/> 交通費 <input type="checkbox"/> 片道 <input checked="" type="checkbox"/> 往復 〇回	〇, 〇〇〇円		
	〇〇から〇〇まで キロメートル			
7 上記以外の療養費		円		
8 療養補償請求金額 (3~7の合計額)		〇〇, 〇〇〇円		

記載漏れが多いため、必ず記載ください。

自己負担分請求の場合は、この欄は不要

請求する療養補償の種類ごとに金額を記載の上、8欄に合計額を記載ください

記載漏れが多いため、必ず記載ください。

9 送金希望の場合	振込み	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する 個人番号	どちらかにチェックし、記載してください。		
	※公金受取口座利用もしくは任意口座指定にチェック	<input type="checkbox"/> 任意の口座を指定する 振込先金融機関名			フリガナ
		口座番号	〇〇銀行 〇〇支店	預金名義者	大阪 太郎
	送金小切手	<input checked="" type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金	銀行 支店		
その他					

郵便局の場合は、振込を受けるための支店名(漢数字3ケタ)、口座番号(7ケタ)を記入してください。

*受理 (到達した年月日)	所属部局	任命権者	基金支部
年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
*通知	*支払	*決定金額	
年 月 日	年 月 日	円	

(注意事項)

- 1 請求者は、*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 「認定番号」の欄は、第1回目の請求においては、記入する必要はないこと。
- 3 「1 補償費用の受領委任」の欄は、診療に当たった医師若しくは医療機関等、調剤に当たった薬剤師若しくは薬局又は訪問看護を行った訪問看護事業者に療養補償の費用の受領を委任しようとする場合にのみ記入すること。
- 4 「5 看護料」及び「6 移送費」については、訪問看護の場合を除き、費用の領収書又はこれに代わる証明書及び明細書を添付すること。
- 5 「7 上記以外の療養費」の欄には、入院料に食事代を含まない場合の食料及び「3 診療費」に含まない療養に必要な治療材料の名称、数量及び費用を記入し、その領収書及び明細書を添付すること。
- 6 「*10 診療費請求明細」、「*11 調剤費請求明細」又は「*12 訪問看護事業者の証明」の欄の記入に代えて同様事項を記載した医師、歯科医師若しくは柔道整復師、薬剤師又は訪問看護事業者の証明書を添付してもよいこと。
- 7 「診療報酬点数表により計算できないもの」の欄には、金額及びその明細(例えば診断書料、入院室料差額等)を記入すること。
- 8 年月日の記載には元号を用いる。

*10 診療費請求明細				(職員氏名)										
傷病名	ア	診療開始日	ア	年	月	日	診療期間	年	月	日から				
	イ		イ	年	月	日		年	月	日まで				
	ウ		ウ	年	月	日		診療実日数	日					
初診	時間外・休日・深夜	回	点											
再診	再診	×	回	傷病の経過										
	外来診療料	×	回											
	継続管理加算	×	回											
	外来管理加算	×	回											
	時間外	×	回											
	休日	×	回											
深夜	×	回												
指導														
在宅	往診	回	年 月 日											
	夜間	回												
	深夜・緊急 在宅患者訪問診察	回	治癒	継続	転医	中止	死亡							
その他	薬剤	回	摘要											
投薬	内服	薬剤	単位	<p>・請求書類は所属を通じて提出してください。</p> <p>・領収書の原本は必ず添付してください。</p> <p>(注)治療費を自己負担した場合は、この面に医療機関（薬局や整骨院の場合も）に明細を記入してもらい、本頁最下欄に証明を受けてください。</p> <p>なお、明細の記入に代えて、医療機関所有の明細書を添付してもかまいません。</p> <p>治療費以外で自己負担した（治療材料や治療用の補装具、入院時の差額室料、移送費等）場合は、それぞれ必要書類が異なるため、所属の担当者へ確認してください。</p>										
		調剤	×								回			
	屯服	薬剤	単位											
		調剤	×								回			
	外用	薬剤	単位											
調剤		×	回											
処方	×	回												
麻毒調基	×	回												
注射	皮下筋肉内	回												
	静脈内	回												
	その他	回												
処置	薬剤	回												
	薬剤	回												
手術・酔	薬剤	回												
	薬剤	回												
検査	薬剤	回												
	薬剤	回												
画像診断	薬剤	回												
	薬剤	回												
その他														
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	円×	日間	食事	基準	円×	日間	円×	日間						
診療報酬点数表により計算できるもの				合計点数	1点単価	円								
診療報酬点数表により計算できないもの				診断書料、入院室料差額等				円						
診療費請求合計額								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、診療に当たった医療機関に療養補償の費用の受領を委任する場合は不要です。）														
年 月 日 診療機関の <table border="0" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td rowspan="3" style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">}</td> <td>所在地</td> </tr> <tr> <td>名称</td> </tr> <tr> <td>医師の氏名</td> </tr> </table>											}	所在地	名称	医師の氏名
}	所在地													
	名称													
	医師の氏名													

*12 訪問看護事業者の証明		(職員氏名)	
傷病名		(訪問看護期間)	
傷病の経過		年 月 日から	
		年 月 日まで	
基本療養費 (一)・(三)	保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士	円× 回	円
		円× 回	円
	准看護師	円× 回	円
		円× 回	円
	加算	円× 回	円
		(時間)	円
		訪問看護の回数 回	
		指示期間	
		年 月 日から 年 月 日まで	
		(特別指示期間)	
		年 月 日から 年 月 日まで	
		主治医への直近報告年月日 年 月 日	
		訪問日	
		1 2 3 4 5 6 7	
		8 9 10 11 12 13 14	
		15 16 17 18 19 20 21	
		22 23 24 25 26 27 28	
		29 30 31	
管理療養費	管理療養費	円+ 円× 日	円
	管理療養費の加算		円
情報提供療養費			円
			円
ターミナルケア療養費	死亡年月日 年 月 日		円
合計			円
提供した情報の概要			
情報提供先の市区町村名			
(備考)			
訪問看護を指示した医療機関の名称及び主治医の氏名			
医療機関の名称			
主治医氏名			
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、訪問看護を行った訪問看護事業者に療養補償の費用の受領を委任する場合は不要です。)			
年 月 日			
訪問看護事業者の { 所在地 名称 代表者の氏名			