地 方 公 務 員 災 害 補 償

地公災大阪府支部用紙　　　　　療　養　費　請　求　書　（　　　　年　月分・第　　回）

【注】

地方公務員災害補償基金　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

大　阪　府　支　部　長　様

この用紙は、支部指定医療機関（大阪府医師会加入医療機関）専用です。他府県・歯科医院・柔道整復師等の医療機関等へは、療養補償請求書（様式第六号）

を提出してください。

下記の療養費を請求します。

郵便番号

所在地

医療機関の

名称

氏名

電話番号

金額　　￥

請求内訳裏面のとおり

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 認定番号 |  | フリガナ |  |
| 氏　名 |  |
| 所属団体名 |  |
| 所属部局名 |  | (男・女)　　　　　年　　月　　日生 |
| 所属団体名欄には、○○市町村、△△教育委員会、大阪府警等の別を記入して下さい。 |
| 　送金先　 | 　振込銀行　 | 銀行信金 | 支店 |
| 預金科目（✔印を付す） | □普通　　　□総合口座　　□当座　　□別段 |
| 口座番号 | № | フリガナ |  |
| 預金名義者 |  |

(注)１．この請求書は、大阪府医師会との協定にもとづいて地方公務員災害補償基金大阪府支部

　　の所管に属する地方公共団体等の被災職員が診療を受ける際に使用するもので、療養

|  |
| --- |
| 受付日付印 |
|  |

費は地方公務員災害補償基金大阪府支部から口座振替の方法により直接支払いますから

本人には請求しないで下さい。

２．この請求書は、月毎にまとめ翌月20日（協力日　17日）までに大阪府医師会保険医療課

（〒543-0001　天王寺区上本町2丁目1-22）あて提出して下さい。

３．療養費は、公務災害認定後に大阪府医師会との協定料金により支払います。

４．第１回目の請求に限り「療養の給付請求書」を添付して下さい。２回目以降はこの請求

　　書だけで結構です。

５．年月日の記載には元号を用いてください。

６．請求にあたり疑義がある場合は大阪府医師会保険医療課（TEL　06-6763-7001）にお

問合せ下さい。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ※所属担当者 | 係名 |  | 氏名 |  | 電話 | （　　　　）（内） |
| ※印欄は被災職員又は各所属の公務災害事務担当者が記入して下さい。 |

|  |  |
| --- | --- |
| 入 | 外 |

診 療 費 請 求 明 細 書

（注）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 傷　病　名 |  | 傷病の経過 |  | 初診日 | 　　　　年　　月　　日 | 診　療実日数 |
| 診療期間 | 　年　月　日から　年　月　日まで　　　日間 | 日 |
| 転帰 | 　 年 　月 　日 | 治　継　転　中　死ゆ　続　医　止　亡 |
| 診　　療　　内　　容 | 点　数 | 金　額 | 摘　　　　　　　要 |
| ⑪初診 | 初診時間外　休日　深夜 | 点 | 円 |  |  |  |
|  | 　 |
| ⑫再　　診 | 再　　診・外来診療 | 　回 |  |  |  |
| 外来管理加算時間外休日深夜 | 　　　　回　　　　　回回回 |  |  |
| ⑬指導 | 回 |  |  |  |
| ⑭住宅 | 回 |  |  |  |
| ⑳　投　　薬 | 内服　薬剤薬剤屯服　薬剤外用　薬剤　　　　薬剤入院調剤処方麻毒調基 | 単位×　　　　　回×　　　　単位単位×　　　　　回×　　　　　日×　　　　　回×　　　　　回 |  |  |  |
| 注射 | 皮下筋肉内静脈内その他 | 回回回 |  |  |  |
| 処置 | 薬剤 | 回回 |  |  |  |
| 手術麻酔 | 薬剤 | 回回回 |  |  |  |
| 検査 | 尿･血･生Ⅰ･生Ⅱ･免･微･病薬剤 | 回回回 |  |  |  |
| 画像診断 | 薬剤 | 回回回 |  |  |  |
| その他 | 診断書(所見書)料救急医療管理加算(入院外･入院）薬剤 | 回回 |  |  |  |
|  |
| 入院時食事療養 | 回 |  |  |
| 入院 | 入院年月日 | 年　月　日 |  |  |  |
| 病 | 診 | 入院基本料･加算×　日間×　日間×　日間×　日間 |
|  |
| 特定入院料･その他 |  | 大阪府医師会審 　査 　印 |
| 室料差額(理由書添付) | 個室上級室 | 円×　日円×　日 |  | ※ |  |
| 小　　　　　　計 | (1) | (2) |  |
| １点単価（(3)　　　　　円） |  | (1)×(3)＝(4) |  |  |
| 　　　合　　　　　　計　　(2)＋(4) | 円 | 決定金額 | 円 |  |

についてお支払いいたします。　⑤加療延期届等、服務関係に使用する文書料については、当基金の補償の対象外のため、被災職員本人に請求して下さい。

場合は、健康保険請求用の「診療報酬明細書」に内容を記入し添付して下さい。　④診断書（所見書）料については、被災職員から当基金あてに提出する分（原則として同一傷病名について一通）

 ①該当項目を〇印で囲むこと。　②※印欄は、被災職員をやむを得ず上級室／個室等に入院させた場合に、その必要を認めた理由書を添付して下さい。　③注射・処置等で欄中に記入できない

かっこつきすうじ該当を提出してください。