

福祉事業 外科後処置
アフターケア 申請書

新規 継続 (回目)

認定番号

地方公務員災害補償基金 大阪府支部長 様 下記の福祉事業 外科後処置 アフターケア を受けたい ので申請します。		申請年月日 年 月 日		
		申請者の住所 ふりがな 氏 名 年 月 日生 (歳)		
1 被 災 職 員 に 関 する 事 項	所属団体名	所属部局名 (電話番号)		
	負傷又は発病 の 年 月 日 年 月 日	治ゆ年月日 年 月 日		
	傷病名及び 障害の部位	障害等級 第 級		
2 外科後処置等を必要とする理由 別添「診断書」のとおり				
3 費 用 の 受 領 委 任	この申請書による外科後処置等の費用の受領を.....に委任します。 委任者の氏名.....			
	上記委任に基づき、この申請書による外科後処置等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).....			
4 診 療 費	内訳は「*13 医師の証明」欄記載のとおり			円
5 調 剤 費	内訳は「*14 薬剤師の証明」欄記載のとおり			円
6 看 護 料	<input type="checkbox"/> 訪問看護 内訳は「*15 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 □有 □無			円
7 移 送 費	<input type="checkbox"/> 交通費 <input type="checkbox"/> 片道 から まで キロメートル <input type="checkbox"/> 往復 回			円
	<input type="checkbox"/> その他の移送費			
8 上記以外の診療費				円
9 日 当 (外科後処置に限る)	年 月 日から 年 月 日まで 日間			円
10 申 請 金 額				円
11 外科後処置等を受け ようとする医療機関	所在地 名 称			

12 送 の 金 場 合 希 望	振 込 み	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する 個人番号								
	※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					預 金 名 義 者 名	法人機関又は役職の名称 (個人名義の場合は記入不要。)		
		銀行 支店								
		口座番号								
	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金					(フリガナ)				
送金小切手	銀行 支店					氏 名				
そ の 他										

* 受 理	所 属 部 局	任 命 権 者	基 金 支 部
(到達した年月日)	年 月 日	年 月 日	年 月 日

* 通知 年 月 日 □支 給 □不支給	* 決定金額 円	* 支 払 年 月 日
-------------------------	-------------	----------------

[注意事項] 別紙参照。

福祉事業（外科後処置・アフターケア）申請書

〔注意事項〕

- 1 申請者は、*印の欄には記入しないこと。また、該当する口にレ印を記入すること。
- 2 新たに外科後処置等の福祉事業を受けようとする場合は、当該福祉事業の実施を認める旨の医師等の証明書を添付すること。
- 3 「3 費用の受領委任」の欄は、診療に当たった医療機関等、調剤に当たった薬剤師若しくは薬局又は訪問看護のみを行った訪問看護事業者に費用の受領を委任しようとする場合のみ記入すること。
- 4 「6 看護料」及び「7 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 「8 上記以外の診療費」の欄には、入院料に食事代を含まない場合の食事料及び「4 診療費」に含まれ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 「*13 医師の証明」の欄の記入に代えて同様事項を記載した医師等の証明書を添付してもよいこと。
- 7 「*14 薬剤師の証明」の欄の記入に代えて同様事項を記載した薬剤師の証明書を添付してもよいこと。
- 8 「*15 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訪問看護事業者の証明書を添付してもよいこと。
- 9 年月日の記載には元号を用いる。

*13 医師の証明		(職員氏名)	
診療時の症状			
診療期間	年 月 日から	年 月 日まで	日間 診療実日数 日
診療費の内訳			金額(円)
初診			
再診			
在宅			
投薬	内服		
	外用		
注射	調剤		
	処方		
処置	麻毒		
	調基		
手術・麻酔	皮下筋肉内		
	静脈内		
検査	その他		
入院	入院期間	年 月 日から	年 月 日まで 日間
	病・診・衣	入院基本料・加算	
	特定入院料・その他		
	食事	基準	
診療費の合計			円
上記の事項は事実と相違ないことを証明します。			
年 月 日			
所在地			
診療機関の名称			
医師の氏名			

*15 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							
保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士				年 月 日まで							
円× 回 円				訪問看護の回数 回							
基本療養費 (I) ・ (II)	准看護師	円× 回 円		指示期間	指示期間						
		円× 回 円			年 月 日から 年 月 日まで						
	加算	円× 回 円			(特別指示期間)						
		円× 回 円 (時間)			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							
管理療養費	管理療養費			訪問日							
	円+ 円× 日 円			1 2 3 4 5 6 7							
	管理療養費の加算			8 9 10 11 12 13 14							
				15 16 17 18 19 20 21							
				22 23 24 25 26 27 28							
			29 30 31								
情報提供療養費				提供した情報の概要							
				情報提供先の市区町村名							
ターミナルケア療養費	円			(備考)							
死亡年月日 年 月 日											
合計	円										
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。											
年 月 日											
訪問看護事業者の { 所在地 名称 代表者氏名											