

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） |

忘れず記載

| | | |
|---|--|--|
| 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 | | ください。 被災職員が 記載（押印 不要） |
| 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。 | | |
| 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〇〇病院〇〇〇〇に委任します。 委任者の氏名 大阪 太郎 | 医療機関が 記載（押印 不要） |
| | 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 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇丁目〇〇 医療機関等の名称 〇〇〇病院 氏名(代表者名) 〇〇 〇〇 | |
| 2 被災職員に 関する事項 | 所属団体名 大阪府警察本部 氏名 大阪 太郎 | 所属部局名（電話番号〇〇〇〇-〇〇〇〇） 〇〇警察署 職名 巡査 <input checked="" type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員 負傷又は発病の年月日 令和〇〇年〇〇月〇〇日 |
| | 平成〇〇年〇〇月〇〇日生（〇〇歳） | |
| 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 年 月 日から 年間 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 年 月 日まで 日間 | 円 |
| | <input type="checkbox"/> 交通費 〇〇から 〇〇まで キロメートル <input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復回 <input type="checkbox"/> その他の移送費 | 円 |
| 6 移送費 | | 円 |
| 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, 〇〇〇円 |

被災職員が
記載

医療機関が
記載

※8の合計
額も必ず記
載

| | | |
|--------------|-------|---|
| 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 <input type="checkbox"/> 任意の口座を指定する 振込先金融機関名 〇〇銀行 〇〇支店 フリガナ 〇〇〇ビヨウイン 口座番号 <input checked="" type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金 預金名義者 〇〇〇病院 |
| | 送金小切手 | 銀行 支店 |
| | その他 | |
| | | |

医療機関
が記載

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

(注意事項)

- 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。
- 「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。
- 「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。
- 「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。
- 「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。
- 「*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。
- 「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。
- 年月日の記載には元号を用いる。

【注】支部指定医療機関（大阪府医師会加入医療機関）へ提出する場合はこの用紙ではなく、地方公務員災害補償療養費請求書を必ず使用してください。

| *10 診療費請求明細 | | | | (職員氏名) | | | | | | | | | | |
|---|-------------------|----------|----|---|---|---------|----|-------|----|----|----|----|----|----|
| 傷病名 | ア | 年 | 月 | 日 | 診療期間 | 年 月 日から | | | | | | | | |
| | イ | 年 | 月 | 日 | | 年 月 日まで | | | | | | | | |
| | ウ | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | | | |
| 初診 | 時間外・休日・深夜 | 回 | 点 | ウ | 年 | 月 | 日 | 診療実日数 | 日 | | | | | |
| 再診 | 再診 | × | 回 | 傷病の経過 | 裏面は非指定医療機関等が記載 | | | | | | | | | |
| | 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 | | 転帰 | 年 月 日 | | | | | | | | | |
| | 夜間 | 回 | | | 治癒 | 継続 | 転医 | 中止 | 死亡 | | | | | |
| | 深夜・緊急 在宅患者訪問診察 | 回 | | | 摘 要 | | | | | | | | | |
| 投薬 | 内服 | 薬剤調剤 | × | 単位 | <p>非指定医療機関等への案内及びお願い</p> <ul style="list-style-type: none"> ・この2号紙「診療費請求明細」は医科の医療機関用です。 ・薬局は3号紙「調剤費請求明」、柔道整復師（整骨院）は「施術費請求明細」がそれぞれ当支部HPにあります。 ・いずれも、記載に代えて医療機関所有の明細書（レセプト）の添付でも結構です。 ・薬局は処方箋のコピーも添付してください。 ・歯科の場合は、様式がないため、レセプトを添付してください。 ・レセプト添付の場合、レセプトに記載のない傷病の経過等は記載をお願いいたします。 | | | | | | | | | |
| | | 調剤 | × | 単位 | | | | | | | | | | |
| | 外用 | 薬剤調剤 | × | 単位 | | | | | | | | | | |
| | | 調剤 | × | 単位 | | | | | | | | | | |
| | 処方 | × | 回 | | | | | | | | | | | |
| 麻毒調基 | | 回 | | | | | | | | | | | | |
| 注射 | 皮下筋肉内 | 回 | | <p>基本的な算定方法は労災に準拠しますが、労災と異なり、公務災害では療養の給付請求書取扱料（2,000円）は算定できません。</p> | | | | | | | | | | |
| | 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 | 食事 | 基準 | 円× | 日間 | |
| | 病・診・衣 | 入院基本料・加算 | | | | | | | × | | | 日間 | 円× | 日間 |
| | | × | 日間 | | | | | | 円× | | | 日間 | | |
| | | × | 日間 | 円× | 日間 | | | | | | | | | |
| | | × | 日間 | 円× | 日間 | | | | | | | | | |
| | | × | 日間 | 円× | 日間 | | | | | | | | | |
| 特定入院料・その他 | | | | 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 | | | | 所在地 名称 医師の氏名 | | | | | | | | | | |