様式第６号　　［職員本人　請求用　※この用紙に記載して請求いただけます。］　　１　号　紙

【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。

療養補償請求書

認定番号	
請求回数	第　回（　年　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。　職員本人の氏名

請求年月日　年　月　日

請求者の住所

ふりがな
氏名

記入漏れのないよう確認してください。

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）

本人が自己負担分を請求する場合は、記載不要です。

２ 被災職員に関する事項

所属団体名	所属部局名　（電話番号　）	
氏名 年　月　日生（　歳）	職名 □常勤 □令第１条職員	
	負傷又は発病の年月日　年　月　日	

ご本人の必要事項を記載してください。

３ 診療費	内訳は「＊１０　診療費請求明細」欄記載のとおり	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	□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　年　月　日まで　日間　看護師の資格 □有 □無	円
６ 移送費	□交通費　□片道 から　まで　キロメートル　□往復　回	円
	□その他の移送費	
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）		円

補装具は７の欄に記入ください。

記入漏れのないようにしてください。

９ 送金希望の場合

振込み ※公金受取口座利用もしくは任意口座指定にチェック	□ 公金受取口座を利用する 個人番号		
	□ 任意の口座を指定する 振込先金融機関名　銀行　支店	フリガナ	
	口座番号		
	□普通預金　□当座預金	預金名義者	
送金小切手	銀行　支店		
その他			

本人の振込口座通帳等をご確認のうえ、記入間違いや漏れのないようにしてください。

＊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

＊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事料及び「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。

【注】原則、自由診療や認定傷病に関係のない治療については補償できません（例：インプラント、ジルコニア、歯周病検査、予防接種、リスク検査、骨粗しょう症の治療など）。

*10 診療費請求明細

（職員氏名）

傷病名	ア イ ウ	診療開始日	ア　年　月　日 イ　年　月　日 ウ　年　月　日
診療期間	年　月　日から 年　月　日まで		
初診	時間外・休日・深夜　回　点	診療実日数	日

再診	再診 × 回 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	傷病の経過	
指導			
在宅	往診 回 夜間 回 深夜・緊急 回 在宅患者訪問診察 回 その他 薬剤 回	転帰	年　月　日 治癒　継続　転医　中止　死亡
		摘要	
投薬	内服 薬剤 単位 内服 調剤 × 回 屯服 薬剤 単位 屯服 調剤 × 回 外用 薬剤 単位 外用 調剤 × 回 処方 × 回 麻毒 回 調基		
注射	皮下筋肉内 回 静脈内 回 その他 回		
処置	回 薬剤 回		
手術・麻酔	回 薬剤 回		
検査	回 薬剤 回		
画像診断	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	食事 基準	円× 日間 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　所在地
名称
医師の氏名

(注)自己負担した際の領収書（原本）、診療（調剤）報酬明細書（写）、補装具などの場合は医師の意見書を添付のうえ、所属を通じて請求してください。添付資料の詳細は、ホームページ（必要書類・ダウンロード）の「療養補償の請求に関する必要書類」を確認してください。

*11 調剤費請求明細	（職員氏名）

処方せんを交付した診療機関の	名　称	
	所在地	

担当医氏名	1．　　3．
	2．　　4．

調剤期間	年　月　日から　年　月　日まで　日間　調剤実日数　日

医師番号	処方月日	調剤月日	処方 医薬品名・規格・用量・剤型・用法	処方 単位薬剤料	調剤数量	調剤報酬点数 調剤料	薬剤料	加算料
	・	・		点		点	点	点
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						

処方せん受付回数	回	摘要	

調剤基本料（点）	時間外加算等（点）	指導料（点）	合計点数　点
			合計金額　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、調剤に当たった薬剤師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　薬局の　所在地／名称／薬剤師の氏名

*12 訪問看護事業者の証明

傷病名

傷病の経過

基本療養費（Ⅰ）・（Ⅱ）

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

管理療養費

管理療養費　円＋　円×　日　円

管理療養費の加算　円

円

情報提供療養費　円

ターミナルケア療養費　円

死亡年月日　年　月　日

合　計　円

（職員氏名）

（訪問看護期間）

年　月　日から

年　月　日まで

訪問看護の回数　回

指示期間

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

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