

医療機関ご担当者様

(医療機関から地方公務員災害補償基金にご請求いただく場合)

被災職員が網掛部分を記入してお渡しします。

受け取られましたら、太線で囲った部分をご記入ください。

提出は1か月分でも数か月分まとめていただいても構いませんが、明細を記入される際は1か月分毎にご記入ください。

地方公務員災害補償

療養補償請求書

記入例

〒650-0011 神戸市中央区下山手通4丁目18番2号 兵庫県職員会館2階 兵庫県職員課内 電話 078-362-3122 受付時間 9時～12時、13時～17時 地方公務員災害補償基金 兵庫県支部長様 下記の療養補償を請求します。		請求年月日 令和 ○年 ○月 ○日	
1 (被災職員) 請求者の住所 ○○市○○町○○番 氏名 兵庫太郎		被災職員 記入	
2 (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。 氏名 兵庫太郎			
3 (委任に基づく支払請求) 上記委任に基づき、この請求書による療養補償の支払を請求します。 住所 〒○○○-○○○○ 支払請求者(医療機関等)の 電話番号 ○○○-○○○-○○○○ (担当: ) 氏名 ○○○○病院 院長○○○○		押印不要です。 (令和3年廃止)	
* 4 整理番号 記入不要			
5 認定番号(8桁) 第 - 号	6 被災職員 所属団体名 ○○市 氏名 兵庫太郎 (大 昭 平 ○年 ○月 ○日生)	医療機関が記入してください。	
7 診療期間 年 月 日 から 年 月 日 まで 診療実日数 日間	8 現在 年 月 日 現在 状況 <input type="checkbox"/> 休 <input type="checkbox"/> 欠 <input type="checkbox"/> 転医 <input type="checkbox"/> 継続中 <b>&lt;注意&gt;</b> <b>「5認定番号6所属団体名」</b> <b>両方未記入の場合確認できま</b> <b>せん。</b> <b>どちらか必ずご記入ください。</b> 傷病 <b>所属団体名は、被災職員に</b> <b>確認してください。</b>		
9 傷病名 (1) レセプト添付の場合 (2) レセプトに傷病記載があれば (3) 未記入でも可 (4) (請求に関係のない傷病名は削除してください) (5)	10 診療開始日 (1) 年 月 (2) 年 月 (3) 年 月 (4) 年 月 (5) 年 月		
12 診療費	内訳「19診療請求明細」欄記載のとおり		円
13 調剤費	内訳は別添「調剤費請求明細」欄記載のとおり (注) 長期収載品の選定療養にかかる「特別の料金」相当額は、補償の対象外(被災職員の負担)ですので、請求額に含まないでください。		円
14 看護料	年 月 日 から 年 月 日 まで 看護師の資格 日間 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		円
15 移送費	(交通費) 片道 回 から まで 往復		円
	(その他の移送費)		円
16 上記以外の療養費			円
17 療養補償請求額	※12～16の合計 17のみ記入でも可 必ず記入してください		円
18 送金先	銀行名 ○○ 銀行 ○○ 支店	* 受理 令和 年 月 日	
	預金種類 過去の請求実績があっても	* 支払 令和 年 月 日	
	名義カタカナで記入して下さい 必ず記入して下さい。 (ゴム印、別紙、貼付可)	* 決定金額	記入不要
	口座番号 ○○○○○○○○		

レセプトを出力して添付していただく場合は、明細の記入は不要  
 (摘要欄に「別紙参照」と記入)です。※レセプト添付を推奨しております。

19 診療報酬請求明細				点数	金額	摘要
診療内容				点数	金額	摘要
⑪	初診	時間外・休日・深夜		点	円	
⑫ 再診	再診	×	回			
	外来管理加算	×	回			
	継続管理加算	×	回			
	時間外	×	回			
	休日	×	回			
	深夜	×	回			
⑬	指導		回			
⑭ 在宅	往診		回			
	夜間		回			
	深夜・救急		回			
	在宅患者訪問診察		回			
	その他		回			
	薬剤		回			
⑯ 投薬	⑲ 内服薬剤		単位			
	調剤	×	回			
	⑳ 頓服薬剤		単位			
	調剤	×	回			
	㉑ 外用薬剤		単位			
	調剤	×	回			
	㉒ 処方	×	回			
	㉓ 麻毒		回			
	㉔ 調基		回			
⑰ 注射	㉕ 皮下筋肉内		回			
	㉖ 静脈内		回			
	㉗ その他		回			
⑱ 処置	薬剤		回			
⑲ 手麻酔	薬剤		回			
㉘ 検査	薬剤		回			
㉙ 画像診断	薬剤		回			
㉚ その他	診断書料(非課税)		通			
	処方せん	×	回			
	薬剤		回			
	救急医療管理加算					
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					
	特定入院料・その他					
	食事	基準		円×	日間	
				円×	日間	
				円×	日間	
ご記入ください。						
A 診療報酬点数表により計算できるもの				合計点数 × 1点評価		円
B 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
C 診療費請求合計額 (A+B、円未満切捨て)						円
20 (証明)上記の事項は事実と相違ないことを証明します。(なおこの欄は「3(委任に基づく支払請求)」をする場合は不要です。)						
令和 年 月 日			病院または 診療所の	所在地 名称 医師氏名	医療機関から当支部への 提出時は、記入不要です。 <small>(※自署又は記名押印)</small>	

明細を記入される際は、1か  
月分毎にご記入ください。

※被災職員が認定請求用として依頼した診断書料のみ請求できます。認定請求用以外の診断書料は、本人負担として支払不可となります。

※診断書料をご請求の場合は、その診断書の発行日及び様式名又は様式番号を摘要欄にご記載ください。

※医療機関に対し、診断書料等の文書料に係る消費税はお支払いできません。