

調剤薬局ご担当者様

被災職員にかかる調剤費等の請求を保留していただいている場合（ただし交通事故等で示談先行の場合を除く。）は、当基金あて調剤費等をご請求ください。

健康保険使用、被災職員全額負担の場合はこちらに請求は不要ですが、被災職員が当基金に請求の為の明細を求めた場合は、レセプトの提供等ご協力をお願い致します。

※押印不要です。（令和3年廃止）

被災職員が網掛部分（1、2、5、6）を記入してお渡します。
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。

記入例

地方公務員災害補償

〒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○ 氏名 兵 庫 太 郎	
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 ○○○○○○ 氏名 兵 庫 太 郎		網掛部分 被災職員記入	
3 (委任に基づく支払請求) 薬局名、店名は必ず記入してください(社名は未記入でも可) 支払請求者(医療機関等(担当:))		書による療養補償の支払を請求します。 住所 〒○○○-○○○○ 電話番号 ○○○-○○○ 氏名 ○○○○薬局	
* 4 整理番号		6 被災職員 所属団体名 ○○市	
5 認定番号(8桁) 第 - 号		氏名 兵 庫 太 郎 (大・昭・平 ○年 ○月 ○日生)	
7 診療期間 年 月 日 から 年 月 日 まで 調剤日、日数を記入ください。 診療実日数 日		8 現在の状況 <input type="checkbox"/> 現在 <input type="checkbox"/> 状況	
9 傷病名 (1) (2) 医療機関よりお伺いの時は (3) ご記入ください (4) (未記入でも可) (5)		10 診療開始日 (1) 年 月 日 (2) 8.10.11は未記入でも可。 (3) (4) (5) 年 月 日	
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) 長期取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 薬局の調剤費は点数×10円です。 円	
15 移送費		(交通費) 片道 回 円 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		※17のみ記入でも可 必ず記入してください(記入の際は13と同額) 円	
18 送金先		* 受理 令和 年 月 日 * 支払 令和 年 月 日 * 決定金額 円	
銀行名 ○○ 銀行 ○○ 支店		過去の請求実績があっても必ず記入してください。(ゴム印、別紙、貼付可)	
預金種類 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 別当		記入不要	
名義カタカナで記入して下さい			
口座番号 ○○○○○○			

調剤薬局が記入してください

※口座の間違い、未記入が多いです。ご提出前に再度ご確認ください。

