

療 養 費 請 求 書

【注】

この用紙は、支部指定医療機関（大阪府医師会加入医療機関）専用です。他府県・歯科医院・柔道整復師等の医療機関等へは、療養補償請求書（様式第六号）を提出してください。

地方公務員災害補償基金 令和 ○年 ○月 ○日

大阪府支部長様

下記の療養費を請求します。

(月ごとに必要なので、被災職員は月ごとに医療機関へ本紙を持参ください。)

認定前は空欄でも結構ですが、認定後は、被災職員は医療機関に認定番号を伝え、必ず認定番号を記載してください。

医療機関の

- 郵便番号
- 所在地
- 名称
- 氏名
- 電話番号

医療機関が記載（押印不要）

金額 ￥ ○○, ○○○

請求内訳裏面のとおりに

認定番号	○○ - ○○○○○	フリガナ	オオサカ イチロウ
所属団体名	○○市	氏名	大阪 一郎
所属部局名	○○部○○課		(男・女) 平成○○年○○月○○日生

被災職員が記載

所属団体名欄には、○○市町村、△△教育委員会、大阪府警等の別を記入して下さい。

送金先	振込銀行	○○ 銀行 信金	○○ 支店
	預金科目 (✓印を付す)	<input checked="" type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 総合口座 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 別段
	口座番号	No.○○○○○○○○	
		フリガナ	○○○ビヨウイン
		預金名義者	○○○病院

医療機関が記載

(注) 1. この請求書は、大阪府医師会との協定にもとづいて地方公務員災害補償基金大阪府支部の所管に属する地方公共団体の職員の公傷者が診療を受ける際に使用するもので、療養費は地方公務員災害補償基金大阪府支部から口座振替の方法により直接支払いますので本人には請求しないで下さい。

2. この請求書は、月毎にまとめ翌月20日（協力日 17日）までに大阪府医師会保険医療課（〒543-0001 天王寺区上本町2丁目1-22）あて提出して下さい。

3. 療養費は、公務災害認定後に大阪府医師会との協定料金により支払います。

4. 第1回目の請求に限り「療養の給付請求書」を添付して下さい。2回目以降はこの請求書だけで結構です。

5. 年月日の記載には元号を用いてください。

6. 請求にあたり疑義がある場合は大阪府医師会保険医療課（TEL 06-6763-7001）にお問合せ下さい。

受付日付印

※所属担当者	係名	○○係	氏名	○○○○	電話	(○○○○) ○○○○ (内) ○○○○
--------	----	-----	----	------	----	-------------------------

※印欄は被災職員又は各所属の公務災害事務担当者が記入して下さい。

公務災害事務担当者の氏名・連絡先を必ず記入してください。

## 診療費請求明細書

傷病名		傷病の経過		初診日	年 月 日	診療実日数
				診療期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間 日
				転帰	年 月 日	治 継 転 中 死 ゆ 続 医 止 亡
診療内容				点数	金額	摘要
⑪初診	初診 時間外 休日 深夜		点	円	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">裏面は指定医療機関が記載</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">[指定医療機関記載用] 診療費請求明細書の記載に代えて、レセプトの添付でも結構です。 ※レセプトを添付する場合は、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。</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">基本的な算定方法は労災に準拠します。詳しくは、大阪府医師会発行の「労災・公務災害の手引き」をご参照ください。 ※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。</div>	
⑫再診	再診・外来診療	回				
	外来管理加算	回				
	時間外	回				
	休日	回				
	深夜	回				
⑬指導		回				
⑭在宅		回				
⑯投薬	⑰内服	薬剤 × 単位	回			
	⑱屯服	薬剤 × 単位	回			
	⑲外用	薬剤 × 単位	回			
		薬剤 × 単位	回			
	⑳入院調剤	× 日	回			
	㉑処方	× 回	回			
	㉒麻毒	× 回	回			
㉓調基	× 回	回				
⑳注射	㉔皮下筋肉内	回				
	㉕静脈内	回				
	㉖その他	回				
㉗処置	薬剤	回				
	薬剤	回				
㉘手術麻酔	薬剤	回				
	薬剤	回				
㉙検査	㉚尿・血・生I・生II・免・微・病	回				
	薬剤	回				
㉛画像診断	薬剤	回				
	薬剤	回				
㉜その他	診断書(所見書)料	回				
	救急医療管理加算(入院外・入院)	回				
	薬剤	回				
㉝入院	入院年月日	年 月 日				
	病 診	㉞入院基本料・加算	× 日間			
			× 日間			
			× 日間			
			× 日間			
	㉟特定入院料・その他					
院	室料差額	円×日		※		
	(理由書添付) 個室 上級室	円×日				
小 計				(1)	(2)	
1点単価 (3) 円)					(1)×(3)=(4)	
合 計 (2)+(4)				円	決定金額 円	

(注) ①該当項目を○印で囲むこと。 ②※印欄は、被災職員をやむを得ず上級室/個室等に入院させた場合に、その必要を認めた理由書を添付して下さい。 ③注射・処置等で欄中に記入できない  
 ④診断書(所見書)料については、被災職員から当基金あてに提出する分(原則として同一傷病名について一通)については、被災職員本人に請求して下さい。  
 ⑤加療延期届等、服務関係に使用する文書料については、当基金の補償の対象外のため、被災職員本人に請求して下さい。  
 ⑥加療延期届等、服務関係に使用する文書料については、当基金の補償の対象外のため、被災職員本人に請求して下さい。

大阪府医師会  
審 査 印