

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)
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。		請求年月日	平成 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
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 〇〇病院〇〇〇〇 に委任します。 委任者の氏名 大阪 太郎		
	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 被災職員の 所属団体名	大阪府警察本部		所属部局名(電話番号 〇〇〇〇-〇〇〇〇) 〇〇警察署
	氏名	大阪 太郎	職名 巡査 <input checked="" type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員
	〇〇年〇〇月〇〇日生(〇〇歳)	負傷又は発病の年月日 平成〇〇年〇〇月〇〇日	
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		円
	平成 年 月 日から 日間	看護士の資格 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	円
6 移送費	<input type="checkbox"/> 交通費 から まで キロメートル <input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復 回		円
	<input type="checkbox"/> 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)			〇, 〇〇〇円

記入漏れのないよう確認してください。

請求者の押印

医療機関等の押印

9 送金希望の場合	振込み	振込先金融機関名	フリガナ	〇〇〇ビヨウイン
		〇〇銀行 〇〇支店		
	口座番号	〇〇〇〇〇〇〇		
	<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				

記入漏れのないよう確認してください。

*受理 平成 年 月 日	*通知 平成 年 月 日	*支払 平成 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。
- 「請求者の氏名」の欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができる。

*10 診療費請求明細				(職員氏名)										
傷病名	ア	平成 年 月 日		診療開始日	平成 年 月 日から									
	イ	平成 年 月 日			平成 年 月 日まで									
	ウ	平成 年 月 日			診療期間	診療実日数 日								
初診	時間外・休日・深夜	回	点											
再診	再診	×	回	傷病の経過										
	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											
	夜間	回												
在宅	深夜・緊急	回	平成 年 月 日	治ゆ	継続	転医	中止	死亡						
	在宅患者訪問診察	回	摘要											
	その他	回												
投薬	内服	薬剤調剤	×	単位										
		薬剤調剤	×	単位										
	外用	薬剤調剤	×	単位										
		薬剤調剤	×	単位										
	処方	×	回											
麻毒調基	回													
注射	皮下筋肉内	回												
	静脈内	回												
	その他	回												
処置	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	平成 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								
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。)														
平成 年 月 日	診療機関の			所在地	名称	医師の氏名		印						

医療機関に記入してもらってください。

(注)柔道整復師、歯科医師、薬局の場合は、上記の明細の記入に代えて、別途、明細書を添付してもかまいません。
 なお、薬局の場合は必ず処方箋の写しを添付してください。