

診療費等請求 チェックリスト

☆ 以下の内容は、請求書類で漏れや誤りの多い箇所です。

◆療養費請求書の場合	
<input type="checkbox"/>	大阪府医師会会員が開設管理する医療機関ですか。 ※違う場合は、療養補償請求書（様式第6号）による請求になります。
<input type="checkbox"/>	患者は、基金大阪府支部管轄の地方公務員ですか。 ※不明な場合は、Q & A 6を参照ください。
<input type="checkbox"/>	請求年月日は記載していますか。
<input type="checkbox"/>	振込口座情報は、金融機関に登録した振込口座名義を記載していますか。 ※間違っていると、振込不能になります。再度確認ください。

◆療養補償請求書（様式第6号）の場合（歯科、調剤薬局など）	
<input type="checkbox"/>	請求年月日は記載していますか。
<input type="checkbox"/>	請求者欄と委任者欄の2か所に被災職員の印が押印されていますか。
<input type="checkbox"/>	受任者欄に、医療機関（又は調剤薬局）の印が押印されていますか。
<input type="checkbox"/>	振込口座情報は、金融機関に登録した振込口座名義を記載していますか。 ※間違っていると、振込不能になります。再度確認ください。
<input type="checkbox"/>	調剤薬局の場合、調剤明細書、処方箋の写しを添付しましたか。