(提出先)

3	1
いて必要と認められる医入院料差額については、	を認めています。診断書料は原則として、
d市の正明が必要です。 個室または上級室の使用につ	認定請求に添付する1通のみ

2

療養補償費は、

労災診療費算定基準に準じて請求してください

瘠養補	償請求書	
况设加	以明小日	

定 番 뭉 00-00000 П 数 第 0 回(〇〇 年 ○ 月分)

2方公務員災害補償基金	請求年月日	月							
奈良県 支部長 属	部では 請求者の住所)番地		:					
下記の療養補償を請求します。	フリガナ 氏 名	ゥ ゥ ゥ 奈 良 太	ロウ : 郎						
1 この請求書による療養補償の費用の受信	- 頁を		に委	を任します。					
委任者の									
受補 領償 委費 任用 の 受任者の { 医療機関等の									
氏名(代表者	名)								
2 所属団体名 ○○市	フリガナ ナラ	タロウ							
関被 	<u>──────</u> 氏 名 奈 良	太郎							
す災 所属部局名 る職 (電話番号 OO -	0000	年 月	日生(歳)					
	常 勤 負傷又は発病の年月日	1							
*C 職 名 主 事 [う つう	00 年	O 月	O 目					
診療費 内訳は「*10 診療費詞				000円					
調 剤 費 内訳は「*11 調剤費割				円					
□ 訪問看護 内訳は	*12 訪問看護事業者の証明」欄記載のと	とおり	ļ						
5 看 護 料 年 月 年 月	日間	の資格 □ 無	Į.						
□交通費	□ 片道	口							
6 移 送 費 から	まで km □ 往復 	Į.		円					
□ その他の移送費 , 上記以外の療養費 (3~6以外)	円 8 療養補償請求金額 (3~7の合計額)			000 円					
9 □ 公金受取口座を利用する 公金受取口座を	指定する場合は、個人番号を記入のうえ、個	l		-					
個 人 番 号 人番号なび本人	確認ができるものの写しをご提供ください。								
★ ☑ 任意の口座を指定する	<u> </u>	•							
後 □ 任息の口座を指定する	本支店等名 〇〇)支店							
□ □ 座 種 別 □ 普通 □ □ □	座 口座番号 ○○	00000							
口座名義人 法人機関又は役職の名称	(フリガナ)								
氏名 (フリガナ)	奈良 太郎 (ナラ	タロウ)							
□ その他									
* 受 理	任 命 権 者		基金支音	部					
		<i>-</i> -	HP						

[注意事項]

*

決定金額

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。

* 通 扣

「認定番号」の欄は、1回目の請求においては、記入する必要はないこと。

円

「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。

年

月

目 * 支

払

年

月

日

- 「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 4 付すること。
- 「7 上記以外の療養費 (3~6以外)」の欄には、入院料に食事代を含まない場合の食事料及び「3 診療費」に含まれない 療養に必要な治療材料の名称、数量及び費用を記入し、併せてその領収書及び明細書を添付すること。
- 「9 送金希望口座等」の欄は、公金受取口座への送金を希望する場合は、送金先金融機関名等の口座登録情報を記入する必要 はないこと。なお、「法人機関又は役職の名称」については、個人名義の場合は記入不要であること。
- 「*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。 8
- 年月日の記載には元号を用いる。

1

を診 認断

とめています。 き料は原則として、

定請求

に添付する1通の

地方公務

						1 号紙
療養補償請求書		認定番号		00-000	000	
您食們俱胡水音 ———		請求回数	第 O	回(00	年 〇月	月分)
員災害補償基金	請求年月日		年	月		日
奈良県 支部長 殿	請求者の住所	00市00㎞	JOO番地			
の療養補償を請求します。	フリガナ 氏 名					
この請求書による療養補償の費用の受領を		〇〇病院長(0000		に委任しる	ます。

提出先)

	奈良	県 支部長 殿	請求者の住所	00市00町	〇〇番地				
下言	己の療養補償を請え		フリガナ 氏 名		ゥ ゥ 奈 良	太太	ロウ 郎		
1	この請求書に。	よる療養補償の費用の受領を	000		に委	任します。			
		委任者の氏名		奈良 力	郎				
受補	上記委任に基づ	づき、この請求書による療養	養補償の費用の支持	仏を請求します。					
領償 委費		(医療機関等の名	称	00	iOO町OC	番地			
任用の	受信	壬者の 〈 所 在	地		〇〇病院				
vo		 氏名(代表者名)	病院長		00			
2	所属団体名	OO市		フリガナ ナ					
関被				氏 名 奈 」	夏 太 郎				
す災	所属部局名	○○部○ ○課 ·							
る職事員	(信	電話番号 〇〇一〇〇			年	月	日生(歳)	
項に	職 名	▽ 主 事	常勤	負傷又は発病の年	月日				
			令第1条職員		00	年	O 月	O 目	
3	診療費	内訳は「*10 診療費請求	:明細」欄記載の。	とおり				000円	
4	調剤費	内訳は「*11 調剤費請求	:明細」欄記載の。	とおり				円	
		□ 訪問看護 内訳は「*	12 訪問看護事業	業者の証明」 欄記載	のとおり		F		
5	看 護 料	年 月	日から	日間	師の資格			円	
		年 月	日まで		1 □無			, ,	
		□ 交通費			†道	□			
3	移送費	から	まで					円	
		□ その他の移送費							
7 上	:記以外の療養費 (3~6以外)		円 8	療養補償請求金額 (3~7の合計額	<u>(</u>			000円	
9 🗆	公金受取口座を和	利用する 公金受取口座を指	定する場合は、個人	番号を記入のうえ、個	1				
	個 人 番 号	人番号及び本人確	認ができるものの写	しをご提供ください。					
* \overline{\text{\tint{\text{\tin}\text{\tex{\tex	任意の口座を指定	定する							
-	金融機関名	OO 銀行		本支店等名 (O支店				
希 望	口座種別	☑ 普通 □ 当座		口座番号 (00000	О			
口 座	口座名義人 治	去人機関又は役職の名称(フ	リガナ)	○○ 病院					
<u>率</u> 等	E	氏名 (フリガナ)	11111111111	00 00 (0	0000)			
	その他								

* 受 理	所	属 部 局		任 命	権者		基金支部						
(到達した年月日)	年	月	月		年	月		目		年	月		П
* 決定金	主 額	円	* 通	知	年	月	日	*	支	払	年	月	Ħ

[注意事項]

- 請求者は、*印の欄には記入しないこと。また、該当する口にレ印を記入すること。
- 「認定番号」の欄は、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 4 付すること。
- 「7 上記以外の療養費(3~6以外)」の欄には、入院料に食事代を含まない場合の食事料及び「3 診療費」に含まれない 療養に必要な治療材料の名称、数量及び費用を記入し、併せてその領収書及び明細書を添付すること。
- 「9 送金希望口座等」の欄は、公金受取口座への送金を希望する場合は、送金先金融機関名等の口座登録情報を記入する必要 はないこと。なお、「法人機関又は役職の名称」については、個人名義の場合は記入不要であること。
- 「*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。 8
- 年月日の記載には元号を用いる。

		/ III	№Д п.	カ)									/J /124
*1			貴氏 /					3 ∆	T				
傷	ア	診療	ア	年	Ξ	月	目	診療		年	月	日か	79
病	1	開開	1	年	<u>.</u>	月	日	期間		年	月	日ま	で
名		始							:				
T		日	ウ	年	-	月	日	1 1 2 1 2 1 2 1 2 1 2 1 2 1 2 1 2 1 2 1	実日	釵			
初診	時間外・休日・深夜 回 再 診	傷											
	再 診 × 回 外来診療料 × 回	病											
再	継続管理加算 × 回	Ø %₹											
	外来管理加算 × 回	経過											
診	時 間 外 × 回		1										
	休 日 × 回	転	3//>) Å	年		T #-	月		<u>日</u>		TT: -	
指導	深 夜 × 回	帰	治	ゆ	継 摘	続	転	医		中 上 要		死 1	Ľ
1日 子	往診回				1141					丛			
在	夜 間 回												
	深夜・緊急回												
宅	在宅患者訪問診察 ロ ロ												
	そ の 他 回 薬 剤 回												
		-											
	内 _服												
投	_{古眼} 「薬剤 単位												
1×													
	外用 {薬剤 単位 調剤 × 回												
薬	処方 × 回												
	麻毒												
	調基												
注	皮下筋肉内 回												
射	静脈 内 回												
処	そ の 他 <u>回</u> 回	-											
置	凹 薬 剤 回												
		1											
手麻													
		-											
検査	回 薬 剤 回												
画診	来 用 回	1											
像断													
そ		-											
の													
他	▶	1											
	病・診・衣入院基本料・加算	1											
7	× 日間												
入	× 日間												
	│ × 日間												
177,4	X 日間 X 日間												
院	ヘ ロ	†		基準	\top			П	1×		間		
	,	食	事					F.	$] \times$	E	間		
		<u> </u>						Π,	\times		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
		診晰	書料・7	× .院室料:	差額至	ž.							
診療	報酬点数により計算できないもの	Hン B川下	⊟ 111 /\	yンL±4イ/	上以刊	'							円
診療費	費請求合計額												円
-	この事項は事実と相違ないことを証明します。(こ	- // / / / / / / / / / / / / / / / / /	の記7	入け 彰	を かっこう かっこう かっこう かっこう かっこう かっこう かっこう かっこう	当か	った耳	下 睿枓	握に	療養	甫償σ)	
	能の事気は事実と相壁ないことを証例しより。 を任する場合は不要です。)	■マン 田州	, ▼	いのく形	~ 1/T\ \ \	/ \	/ -	<i>→ 1/3</i> 1/1/9		-//\ IX 1	111 1日 4	· 묫(/ IJ '	· · ×
		ſ	所在	地									
	診療機関	の {	名称										
	年 月 日	Į	医師	の氏名									

*	11 調剤費	請求明	細				(職員	氏名)													
処	方せんを3	交付し	名		称																
た	診療機	関の	所	在	地																
担	当 医	氏 名	1.								3.										
			2.		年	п	Пъ	ح	/r:		4.	<u>ー</u>		п в		⊒田 女	1 🕁	П :	*/+		П
医	調剤期	间		Т	午	月 処	日か	6	年	<u>月</u> 方		まで 調剤	Ī	日間調	」 剤	調育報				数	日
医師番号	処方月日	調剤月	月日		医薬		見格・用量	- 利型		_		-	調	剤		薬					料
75							/BIH /11	- /14	/ 14 14-1	1 1 1-	点		14.3	714	点		/14	点	/41-		点
				+																	
				-																	
	•																				
				-																	
				_																	
	•	•																			
	•	•		4																	
	•	•																			
	•	•																			
	•	•																			
	•	•																			
	•																				
	•	•																			
	•	•																			
	•																				
	•	•																			
	•																				
処プ	ちせん受付		旦		摘																
回調文	数 基本料 (点) [p±			要 算等	(点)		地	導料	(占)				-							
印几月)	riej/	<i>,</i> ۲///	牙可			1日	等化						合計	·点数	ζ			¥	気
															合計	-金額	î			P	П
	し割の東頂は	・事 中). 村	1)告。	<i>4</i> × 1 ×	> 1, +.	.ST001 \	ナ-ナ- (>)	カ棚の	言ませ	≅मार्या	ロァルチ	よ ボウ	加油式)					10		,	•
	上記の事項は 領を委任する					油出り し	より。(<u></u> (/ /惻 (/)	記入れ	、嗣弁、	ルロヨバ	つに架角	MEN ((二)(京了		頂の	賃/廾	100			
					,。) 日																
		•	•					(所	在	地											
							薬局の	名		称											
								(薬	剤師の	氏名											