

様式第6号

療養補償請求書

認定番号	
請求回数	第 回 ( 年 月 分)

地方公務員災害補償基金 奈良県 支部長 殿 ..... 下記の療養補償を請求します。		請求年月日 年 月 日 請求者の住所 フリガナ 氏 名	
1	この請求書による療養補償の費用の受領を ..... に委任します。 委任者の氏名		
	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 { 医療機関等の名称 ..... { 所在地 ..... { 氏名 (代表者名) .....		
2	所属団体名	フリガナ	
	所属部局名 (電話番号)	氏 名	
	職 名	<input type="checkbox"/> 常 勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員	負傷又は発病の年月日 年 月 日
3	診 療 費	内訳は「*10 診療費請求明細」欄記載のとおり	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 年 月 日から ..... 日間 { 看護師の資格 } 年 月 日まで ..... { <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 }	円
		<input type="checkbox"/> 交通費 ..... <input type="checkbox"/> 片道 ..... 回 から ..... まで ..... km <input type="checkbox"/> 往復	円
6	移 送 費	<input type="checkbox"/> その他の移送費	円
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) 円
9	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する 個人番号 .....		
	<input type="checkbox"/> 任意の口座を指定する 金融機関名 ..... 本支店等名 ..... 口座種別 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 ..... 口座番号 ..... 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) .....		
	<input type="checkbox"/> 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 日	年 月 日	年 月 日
* 決 定 金 額	円	* 通 知	年 月 日
		* 支 払	年 月 日

〔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。
- 年月日の記載には元号を用いる。

③ 入院料差額については、個室または上級室の使用について必要と認められる医師の証明が必要です。

① 診断書料は原則として、認定請求に添付する1通のみを認めています。

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。

(提出先)  
 〒6301850  
 奈良市登大路町30番地  
 地方公務員災害補償基金奈良県支部(内)  
 TEL 074212718350

*10 診療費請求明細				(職員氏名)						
傷病名	ア	診療開始日	ア	年	月	日	診療期間	年	月	日から
	イ		イ	年	月	日		年	月	日まで
	ウ		ウ	年	月	日	診療実日数			
初診	時間外・休日・深夜		回	点						
再診	再診	×	回							
	外来診療料	×	回							
	継続管理加算	×	回							
	外来管理加算	×	回							
	時間外	×	回							
転帰	休日	×	回							
	深夜	×	回							
指導	摘要									
在宅	往診	回								
	夜間	回								
	深夜・緊急	回								
	在宅患者訪問診察	回								
投薬	その他	回								
	薬剤	回								
	内服	{	薬剤	×	単位					
	調剤	×	単位							
	屯服	{	薬剤	×	単位					
調剤	×	回								
注射	外用	{	薬剤	×	単位					
	調剤	×	回							
	処方	×	回							
処置	麻毒調基	×	回							
	皮下筋肉内	回								
処置	静脈内	回								
	その他	回								
手術・麻酔	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	年	月	日						
	病・診・衣	入院基本料・加算								
	×	日間								
	×	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				
診療報酬点数により計算できないもの				×		円				
診療報酬点数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。)										
年 月 日			診療機関の		{ 所在地 名称 医師の氏名					

<b>* 11 調剤費請求明細</b>			(職員氏名)					
処方せんを交付した診療機関の		名称						
担当医氏名		所在地						
		1.	3.					
		2.	4.					
調剤期間		年 月 日から 年 月 日まで		日間	調剤実日数	日		
医師番号	処方月日	調剤月日	処 方		調剤 数量	調 剤 報 酬 点 数		
			医薬品名・規格・用量・剤型・用法	単位薬剤料		調 剤 料	薬 剤 料	加 算 料
	・	・		点		点	点	点
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
処方せん受付回数	回	摘要						
調剤基本料 (点)	時間外加算等 (点)	指導料 (点)				合計点数	点	
						合計金額	円	
<p>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、調剤に当たった薬剤師に療養補償の費用の受領を委任する場合は不要です。)</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">             薬局の { 所在地              名 称              薬剤師の氏名         </p>								