

様式第 6 号

療養補償請求書

|                |                  |                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------|------------------|----------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 認定番号           |                  | 〇〇-〇〇〇〇〇〇                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 請求回数           |                  | 第 〇 回 ( 〇 年 〇 月分)                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 請求年月日          |                  | 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 請求者の住所         |                  | 〇〇市〇〇町〇〇番地                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ           |                  | ナラ タロウ                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏 名            |                  | 奈良 太郎                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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。 |                  |                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1              | 受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 〇〇病院長 〇〇〇〇 に委任します。 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                |                  | 委任者の氏名 奈良 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。     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2              | 受任者の             | 医療機関等の名称 〇〇病院                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                |                  | 所在地 〇〇市〇〇町〇〇番地                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                |                  | 氏名 (代表者名) 病院長 〇〇 〇〇                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3              | 所属団体名            | 〇〇市                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                |                  | フリガナ ナラ タロウ                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                |                  | 氏 名 奈良 太郎                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4              | 所属部局名            | 〇〇部 〇〇課                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                |                  | (電話番号 〇〇-〇〇〇〇 )                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                |                  | 〇〇 年 〇 月 〇 日生 ( 〇〇 歳)                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5              | 職 名              | 主事                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                |                  | 常 勤                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                |                  | 負傷又は発病の年月日 〇〇 年 〇 月 〇 日                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6              | 診療費              | 内訳は「*10 診療費請求明細」欄記載のとおり 37,500 円       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                |                  | 調 剤 費                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                |                  | 内訳は「*11 調剤費請求明細」欄記載のとおり 円              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7              | 看 護 料            | 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      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                |                  | 年 月 日から 日間 看護師の資格                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                |                  | 年 月 日まで 有 無                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8              | 移送費              | 交通費 片道 回 円                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                |                  | から まで km 往復                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                |                  | その他の移送費                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9              | 上記以外の療養費 (3~6以外) | 円                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                |                  | 療養補償請求金額 (3~7の合計額) 37,500 円            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                |                  |                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10             | 送金希望口座等          | 公金受取口座を利用する                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                |                  | 個人番号                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                |                  | 任意の口座を指定する                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11             | 金融機関名            | 〇〇銀行                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                |                  | 本支店等名 〇〇支店                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                |                  | 口座種別 普通 当座 口座番号 〇〇〇〇〇〇                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12             | 口座名義人            | 法人機関又は役職の名称 (フリガナ) 〇〇病院                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                |                  | 氏名 (フリガナ) 病院長 〇〇 〇〇                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                |                  | 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〕

1 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。

2 「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。

3 「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。

4 「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。

5 「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。

6 「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。

7 「\*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。

8 「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。

9 年月日の記載には元号を用いる。

(提出先)

〒630-0185  
奈良市登大路町301  
地方公務員災害補償基金奈良県支部 (Tel. 0742-718350)

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。

| *10 診療費請求明細                                                         |                          |          |      | (職員氏名)       |       |           |       |                    |   |   |   |   |   |
|---------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------|------|--------------|-------|-----------|-------|--------------------|---|---|---|---|---|
| 傷病名                                                                 | ア                        | △△骨折     |      | 診療開始日        | ア     | 〇〇年 〇月 〇日 | 診療期間  | 〇〇年 〇月 1日から        |   |   |   |   |   |
|                                                                     | イ                        | △△部切創    |      |              | イ     | 〇〇年 〇月 〇日 |       | 〇〇年 〇月 31日まで       |   |   |   |   |   |
|                                                                     | ウ                        |          |      |              | ウ     | 年 月 日     | 診療実日数 | 〇〇日                |   |   |   |   |   |
| 初診                                                                  | 時間外・休日・深夜 回 点            |          |      | 傷病の経過        |       |           |       |                    |   |   |   |   |   |
| 再診                                                                  | 再                        | 診        | ×    |              | 回     |           |       |                    |   |   |   |   |   |
|                                                                     | 外                        | 来        | 診    |              | 料     | ×         | 回     |                    |   |   |   |   |   |
|                                                                     | 継                        | 続        | 管    | 理            | 加     | 算         | ×     | 回                  |   |   |   |   |   |
| 診                                                                   | 外                        | 来        | 管    | 理            | 加     | 算         | ×     | 回                  |   |   |   |   |   |
|                                                                     | 時                        | 間        | 外    | 日            | ×     | 回         |       |                    |   |   |   |   |   |
|                                                                     | 休                        | 深        | 夜    | ×            | 回     |           |       |                    |   |   |   |   |   |
| 転帰                                                                  |                          |          |      | 〇〇年 〇〇月 〇〇日  |       |           |       |                    |   |   |   |   |   |
| 指導                                                                  |                          |          |      | 治            | ゆ     | 継         | 続     | 転                  | 医 | 中 | 止 | 死 | 亡 |
| 在宅                                                                  | 往診 時間外・深夜・緊急 在宅患者訪問診療 薬剤 |          |      | 摘 要          |       |           |       |                    |   |   |   |   |   |
| 投薬                                                                  | 内服                       | {        | 薬剤調剤 | ×            | 単     | 位         | 回     |                    |   |   |   |   |   |
|                                                                     | 屯服                       | {        | 薬剤調剤 | ×            | 単     | 位         | 回     |                    |   |   |   |   |   |
|                                                                     | 外用                       | {        | 薬剤調剤 | ×            | 単     | 位         | 回     |                    |   |   |   |   |   |
|                                                                     | 処方                       | {        | 麻毒調基 | ×            | 単     | 位         | 回     |                    |   |   |   |   |   |
| 注射                                                                  | 皮下                       | 筋肉       | 内    | 回            |       |           |       |                    |   |   |   |   |   |
| 処置                                                                  | 薬                        | 剤        |      | 回            |       |           |       |                    |   |   |   |   |   |
| 手術・麻酔                                                               | 薬                        | 剤        |      | 回            |       |           |       |                    |   |   |   |   |   |
| 検査                                                                  | 薬                        | 剤        |      | 回            |       |           |       |                    |   |   |   |   |   |
| 画像診断                                                                | 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   |              |       |           |       |                    |   |   |   |   |   |
| 食事                                                                  | 基準                       | 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  | 〇〇〇〇〇円    |       |                    |   |   |   |   |   |
| 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 | 〇〇〇〇円 |           |       |                    |   |   |   |   |   |
| 診療費請求合計額                                                            |                          |          |      | 37,500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<br>名称<br>医師の氏名 |   |   |   |   |   |
| 記 入 不 要                                                             |                          |          |      |              |       |           |       |                    |   |   |   |   |   |

| <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                             |                                                                                                                          |        |            |                       |           |           |
|                                                                                                                                                                           |           | 所在地                            |                                                                                                                          |        |            |                       |           |           |
| 担当医氏名                                                                                                                                                                     |           | 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         | 調   剤   報   酬   点   数 |           |           |
|                                                                                                                                                                           |           |                                | 医薬品名・規格・用量・剤型・用法                                                                                                         | 単位薬剤料  | 数量         | 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                                                                                                         |        |            |                       |           |           |
| 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。)                                                                                                        |           |                                |                                                                                                                          |        |            |                       |           |           |
| ○○年    ○○月    ○○日                                                                                                                                                         |           |                                |                                                                                                                          |        |            |                       |           |           |
| 薬局の { <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 10px;">           所   在   地<br/>           名         称<br/>           薬剤師の氏名         </div> |           |                                | <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; color: red; font-weight: bold; width: fit-content;">記   入   不   要</div> |        |            |                       |           |           |

## 療養補償請求書

(提出先)

6号

療養補償請求書

|      |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |
|------|--|-------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| 認定番号 |  | 〇〇-〇〇〇〇〇〇         |  |  |  |  |  |  |  |
| 請求回数 |  | 第 〇 回 ( 〇 年 〇 月分) |  |  |  |  |  |  |  |

|                |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------|--|--|--------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 地方公務員災害補償基金    |  |  | 請求年月日 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 奈良県 支部長 殿      |  |  | 請求者の住所 〇〇市〇〇町〇〇番地        |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 下記の療養補償を請求します。 |  |  | フリガナ ナラ タロウ<br>氏 名 奈良 太郎 |  |  |  |  |  |  |  |  |

|          |   |                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------|---|---------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 受補償委任の費用 | 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。<br>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<br>所在地<br>氏名（代表者名）    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|          |   |                                                                                |  |  |  |                         |  |  |  |
|----------|---|--------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|-------------------------|--|--|--|
| 関被災する職員に | 2 | 所属団体名 〇〇市                                                                      |  |  |  | フリガナ ナラ タロウ             |  |  |  |
|          |   | 所属部局名 〇〇部 〇〇課<br>(電話番号 〇〇-〇〇〇〇 )                                               |  |  |  | 氏 名 奈良 太郎               |  |  |  |
|          |   | 職 名 主事 <input checked="" type="checkbox"/> 常 勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員 |  |  |  | 負傷又は発病の年月日 〇〇 年 〇 月 〇 日 |  |  |  |

|   |                  |                                                                                        |  |  |  |                                                       |  |  |          |                             |  |  |
|---|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|-------------------------------------------------------|--|--|----------|-----------------------------|--|--|
| 3 | 診療費              | 内訳は「*10 診療費請求明細」欄記載のとおり                                                                |  |  |  |                                                       |  |  | 37,500 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        |                             |  |  |
|   |                  | 年 月 日から 日間                                                                             |  |  |  | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |  |  | 円        |                             |  |  |
| 6 | 移送費              | <input type="checkbox"/> 交通費 <input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復 回 |  |  |  |                                                       |  |  | 円        |                             |  |  |
|   |                  | から まで km <input type="checkbox"/> 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) 37,500 円 |  |  |

|         |                                                    |                                                                         |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |
|---------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|
| 送金希望口座等 | <input type="checkbox"/>                           | 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。     |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |
|         |                                                    | 個 人 番 号                                                                 |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |
|         | <input checked="" type="checkbox"/>                | 任意の口座を指定する                                                              |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |
|         |                                                    | 金融機関名 〇〇銀行                                                              |  |  |  |  |  | 本支店等名 〇〇支店  |  |  |  |  |  |
|         |                                                    | 口座種別 <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 |  |  |  |  |  | 口座番号 〇〇〇〇〇〇 |  |  |  |  |  |
|         | 口座名義人 法人機関又は役職の名称(フリガナ)<br>氏名(フリガナ) 奈良 太郎 (ナラ タロウ) |                                                                         |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |
|         | <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 |  |  |

〒630-8501  
奈良市登大路町30番地  
奈良県人事課内  
地方公務員公務災害補償基金奈良県支部（Tel 0742-2718350）

- 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。
- 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。

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。

| *10 診療費請求明細                                                         |               |       |   | (職員氏名)       |       |           |       |                                          |   |   |   |   |   |   |
|---------------------------------------------------------------------|---------------|-------|---|--------------|-------|-----------|-------|------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|
| 傷病名                                                                 | ア             | △△骨折  |   | 診療開始日        | ア     | 〇〇年 〇月 〇日 | 診療期間  | 〇〇年 〇月 1日から                              |   |   |   |   |   |   |
|                                                                     | イ             | △△部切創 |   |              | イ     | 〇〇年 〇月 〇日 |       | 〇〇年 〇月 31日まで                             |   |   |   |   |   |   |
|                                                                     | ウ             |       |   |              | ウ     | 年 月 日     | 診療実日数 | 〇〇日                                      |   |   |   |   |   |   |
| 初診                                                                  | 時間外・休日・深夜 回 点 |       |   | 傷病の経過        |       |           |       |                                          |   |   |   |   |   |   |
| 再診                                                                  | 再             | 診     | × |              | 回     |           |       |                                          |   |   |   |   |   |   |
|                                                                     | 外             | 来     | 診 |              | 料     | ×         | 回     |                                          |   |   |   |   |   |   |
|                                                                     | 継             | 続     | 管 | 理            | 加     | 算         | ×     | 回                                        |   |   |   |   |   |   |
| 診                                                                   | 外             | 来     | 管 | 理            | 加     | 算         | ×     | 回                                        |   |   |   |   |   |   |
|                                                                     | 時             | 間     | 外 | 日            | ×     | 回         |       |                                          |   |   |   |   |   |   |
|                                                                     | 休             | 深     | 夜 | ×            | 回     |           |       |                                          |   |   |   |   |   |   |
| 転帰                                                                  |               |       |   | 〇〇年 〇〇月 〇〇日  |       |           |       |                                          |   |   |   |   |   |   |
| 指導                                                                  |               |       |   | 治            | ゆ     | 継         | 続     | 転                                        | 医 | 中 | 止 | 死 | 亡 |   |
| 在                                                                   | 往             |       |   | 摘            |       |           |       |                                          |   |   |   |   |   |   |
| 宅                                                                   | 夜             | 診     | 間 | 回            | 要     |           |       |                                          |   |   |   |   |   |   |
|                                                                     | 深             | 夜     | ・ | 緊            | 回     |           |       |                                          |   |   |   |   |   |   |
|                                                                     | 在             | 宅     | 患 | 者            | 訪     | 問         | 診     | 察                                        | 回 |   |   |   |   |   |
| 投                                                                   | 内             | 服     | { | 薬            | 剤     | ×         | 単     | 位                                        |   |   |   |   |   |   |
|                                                                     | 屯             | 服     | { | 薬            | 剤     | ×         | 単     | 位                                        |   |   |   |   |   |   |
|                                                                     | 外             | 用     | { | 薬            | 剤     | ×         | 単     | 位                                        |   |   |   |   |   |   |
| 薬                                                                   | 処             | 方     | 調 | 剤            | ×     | 回         |       |                                          |   |   |   |   |   |   |
|                                                                     | 麻             | 毒     | 調 | 基            | ×     | 回         |       |                                          |   |   |   |   |   |   |
|                                                                     | 注             | 射     | 皮 | 下            | 筋     | 肉         | 回     |                                          |   |   |   |   |   |   |
| 処                                                                   | 置             | 薬     | 剤 | 回            |       |           |       |                                          |   |   |   |   |   |   |
|                                                                     | 手             | 術     | 麻 | 酔            | 回     |           |       |                                          |   |   |   |   |   |   |
|                                                                     | 検             | 査     | 薬 | 剤            | 回     |           |       |                                          |   |   |   |   |   |   |
| 画                                                                   | 診             | 薬     | 剤 | 回            |       |           |       |                                          |   |   |   |   |   |   |
|                                                                     | 像             | 断     | 薬 | 剤            | 回     |           |       |                                          |   |   |   |   |   |   |
|                                                                     | そ             | の     | 他 |              |       |           |       |                                          |   |   |   |   |   |   |
| 入                                                                   | 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 |
| 院                                                                   | 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  | 〇〇〇〇円     |       |                                          |   |   |   |   |   |   |
| 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 | 〇〇〇〇円 |           |       |                                          |   |   |   |   |   |   |
| 診療費請求合計額                                                            |               |       |   | 37,500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。) |               |       |   |              |       |           |       |                                          |   |   |   |   |   |   |
| 〇〇年 〇〇月 〇〇日                                                         |               |       |   | 診療機関の        |       |           |       | 所在地 〇〇市〇〇町〇〇番地<br>名称 〇〇病院<br>医師の氏名 〇 〇 〇 |   |   |   |   |   |   |

医療機関が記入

領収書及び各種証明書等の添付が必要です