

地方公務員災害補償

診療費請求書

( 年 月分・第 回請求分)

下記医療機関を受診した場合に使用してください。

- 独立行政法人国立病院機構の病院
千葉大学医学部附属病院
習志野病院、成田赤十字病院
県立病院、市立病院、国保病院

地方公務員災害補償基金千葉県支部長 様

下記の診療費を請求します。

年 月 日

郵便番号

所在地

医療機関の 名称

氏 名

電 話

既に公務上又は通勤該当の災害として認定を受けている場合は、認定通知書に記載されている認定番号を記入してください。

まだ認定番号が通知されていない場合は、空欄のまま提出いただいて構いません。

Table with columns for amount: 万, 千, 百, 十, 円

(請求金額の内訳は裏面のとおりに)

Table for identification: 認定番号, 所属団体部局, ふりがな, 氏名

Table for remittance: 送金先, 振込先銀行, 預金種目, 振込口座

(預金名義は、省略せずに通帳の記載どおりに記入してください。)

注1 医療機関の方へ……

- (1) この請求書は、医療機関との契約(協定)に基づき、公務上又は通勤により負傷又は疾病にかかった地方公務員が診療を受ける際使用するもので、診療に要した費用は、地方公務員災害補償基金千葉県支部から口座振替の方法により直接支払いますので、本人には請求しないでください。

- (2) この請求書は、被災職員別に作成し、月ごとに翌月の10日までに、〒261-7133 千葉市美浜区中瀬2-6-1WBGマリアウエスト33階 地方公務員災害補償基金千葉県支部に提出してください。

- (3) 診療費は協定料金により支払います。

- (4) 請求に当たり疑義がある場合は、地方公務員災害補償基金千葉県支部(TEL043-350-2112)にお問い合わせください。

注2 被災職員(所属事務担当者)の方へ……

- (1) この請求書は、地方公務員災害補償基金千葉県支部の指定医療機関で受診する場合にのみ使用してください。

- (2) この請求書は、初診日及び療養を継続している場合には毎月20日頃までに、指定医療機関に必ず提出してください。

- (3) ※印欄は、被災職員(または所属事務担当者)が必ず記入してください。

Table for payment: 決定金額, 通知, 支払

受付印

Table for signature: 所属事務担当者, 係名, 氏名, 電話

所属の公務災害事務担当者名を記載してください。

医療機関で記入

本人及び所属で記入

診療費請求明細										(床)											
傷病名	アイウ									診療開始日	ア	年	月	日							
傷病の経過										診療開始日	イ	年	月	日							
診療内容										診療期間	年		月	日から							
診療内容										診療期間	年		月	日まで							
診療料	初診	初診	特別加算	時間外	休日	深夜	点数	金額	診療実日数	日	診療日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	再診	再診	×	×	×	×	点	円				11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
投薬料	内服	再診	×	×	×	×			転	帰	治	ゆ	死	亡	中	止	転	医	継	続	
	外用	外来診療料	×	×	×	×															
注射料	皮下	継続管理加算	×	×	×	×			(注) 診療日及び転帰欄は、○で囲んでください。												
	静脈	外来管理加算	×	×	×	×															
処置料	理学療法	時間外	×	×	×	×															
	手術	休日	×	×	×	×															
検査料	検査	深夜	×	×	×	×															
	画像	通開夜	×	×	×	×															
入院	入院年月日	通開夜	×	×	×	×															
	病・診・衣	通開夜	×	×	×	×															
食事	入院基本料・加算	通開夜	×	×	×	×															
	特定入院料・その他	通開夜	×	×	×	×															
小計							(1)	(2)													
1点単価 ((3) 円)							(1) × (3) = (4)														
計 (2) + (4)							(5)	円													
診療報酬点数表により計算できないもの 【例えば診断書料・入院室料差額等 明細は文書料・入院室料差額等証明書の通り】							(6)	円													
診療費請求合計額 (5) + (6)								円													

**【医療機関記載】**

※ 被災職員は、被災職員記載欄を記入の上、受診医療機関に記載を依頼してください。

※ 医療機関においては、本様式の記載に代えて、電子レセプトを紙出力したものを添付して頂いて構いません。

(注) 文書料・室料差額証明書(支部様式第12号の2)を添付してください。