

**被災職員が整骨院・接骨院の費用を負担し、被災職員から基金に請求する場合**

支部様式第11号の3（柔道整復師用）

## 療養補償請求書

認定番号		〇〇-〇〇〇〇〇〇	
請求回数		第	回
地方公務員災害補償基金千葉県支部長 様		請求年月日 〇 年 〇 月 〇 日	
下記の療養補償を請求します。		請求者の住所 〇〇市〇〇番地	
		ふりがな	
		氏名 〇〇 〇〇	
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。		
補償費用の受領委任	記載不要		
2	所属団体名 地方公共団体名（任命権者ごと）		所属部局名 部局課名・事業所名・学校名・警察署名 等
被災職員に関する事項	氏名 〇〇 〇〇		職名 〇〇 <input checked="" type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員
	〇 年 〇 月 〇 日生（ 〇 歳）		負傷又は発病の年月日 〇 年 〇 月 〇 日
3	施術料	内訳は「5 施術料の内訳」欄記載のとおり 〇〇 円	
4	送金先	振込先銀行 〇〇 銀行 〇〇 支店	※受理 年 月 日
		<input checked="" type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金	※決定金額 円
		口座番号 1 2 3 4 5 6 7	※通知 年 月 日
		ふりがな 〇〇〇〇 預金名義 〇〇〇〇	※支払 年 月 日
（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 柔道整復師の方へ……**

- (1) この請求書は、千葉県柔道整復師会との協定に基づき、公務上又は通勤により負傷し、又は疾病にかかった地方公務員が 施術を受ける際使用するもので、施術に要した費用は、受領委任の方法により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、〒260-0843 千葉市中央区末広3-21-6 千葉県柔道整復師会に提出してください。
- (3) 施術料金は協定料金により支払います。

**注2 被災職員の方へ……**

- (1) この請求書は、千葉県柔道整復師会に所属する柔道整復師で施術を受ける場合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日ごろまでに、柔道整復師に必ず提出してください。

5. 施術料の内訳 ( 年 月分)

負傷名	(1)	(2)	(3)	
負傷年月日	(1) 年 月 日	(2) 年 月 日	(3) 年 月 日	
施術期間 { 自至	(1) 年 月 日 施術日数 ( 日)	(2) 年 月 日 施術日数 ( 日)	(3) 年 月 日 施術日数 ( 日)	
負傷の原因				
負傷の経過	(1)			
転 帰	(1) 治ゆ・	【整骨院・接骨院記載欄】		
施 術 の 内 訳 及 び 金 額	初 検 料	基	※ 被災職員は、2～4の被災職員記載欄に記載の上、 整骨院・接骨院に記載を依頼してください。	
	再 検 料	加算	※ 整骨院・接骨院においては、様式下部の余白に 「上記のとおり相違ありません。 〇年〇月〇日 (整骨院・接骨院名称)」 と記載してください。	
	指導管理料			
	往 療 料	夜間・難路		
	整 復 料	(1) 回	月 日	
	固 定 料	(2) 回	月 日	
	施 療 料	(3) 回	月 日	
	後 療 料	(1) 回	月 日から 月 日まで	
		(2) 回	月 日から 月 日まで	
		(3) 回	月 日から 月 日まで	
電 療 料	(1) 回	月 日から 月 日まで		
	(2) 回	月 日から 月 日まで		
	(3) 回	月 日から 月 日まで		
電 療 料	(1) 回	月 日から 月 日まで		
	(2) 回	月 日から 月 日まで		
	(3) 回	月 日から 月 日まで		
特 別 加 算	初 検 時	(1) 回	月 日	
		(2) 回	月 日	
		(3) 回	月 日	
後 療 時	(1) 回	月 日から 月 日まで		
	(2) 回	月 日から 月 日まで		
	(3) 回	月 日から 月 日まで		
入 室 料	日	月 日から 月 日まで		
食 事 料	食	月 日から 月 日まで		
証 明 書 料				
そ の 他				
請 求 金 額				

- 注 1. 該当するところには○印で表示してください。  
 2. 負傷の経過はなるべく具体的に記入してください。  
 3. レントゲン診断が行われた場合はX線照射録を添付してください。

## 【療養補償請求書の確認事項】

(被災職員が整骨院・接骨院の費用を負担し、被災職員から基金に請求する場合)

※ 請求書を提出される前に御確認ください。

### ① 認定番号について

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。

### ② 請求年月日等の日付について

元号を使用して記載願います。

### ③ 「1 被災職員に関する事項」欄について

被災当時の情報を記載願います。

### ④ 「3 施術料」欄について

請求金額（領収書金額を足しあげた額）を記載してください。

### ⑤ 「9 送金希望の場合」欄について

被災職員が補償費の受取を希望する振込口座を記載してください。

○ 被災職員が費用を負担し、基金に請求を行う場合は、領収書（原本）の提出が必要です。写しや再発行されたものは認められません。

一部の費用について領収書（原本）が提出できないものがある場合は、その旨が確認できるよう、「〇年〇月〇日の費用は〇〇のため原本を提出できない」等と請求書の余白又は別紙に記載してください。

被災職員が整骨院・接骨院に補償費用の受領を委任し、整骨院・接骨院から基金に請求する場合

支部様式第11号の3（柔道整復師用）

療養補償請求書

		認定番号	〇〇-〇〇〇〇〇〇	
		請求回数	第	回
地方公務員災害補償基金千葉県支部長 様		請求年月日	〇 年 〇 月 〇 日	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>赤字→被災職員記入箇所 青字→整骨院・接骨院記入箇所</p> </div>		請求者の住所	〇〇市〇〇番地	
		ふりがな 氏名	〇〇 〇〇	
1 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 (整骨院・接骨院の名称) に委任します。 委任者の氏名 〇〇 〇〇			
	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。 受任者の住所 〇〇市××番地 名称 (整骨院・接骨院の名称) 氏名 (整骨院・接骨院の代表者名)			
2 被災職員に関する事項	所属団体名	所属部局名		
	地方公共団体名 (任命権者ごと)	部局課名・事業所名・学校名・警察署名 等		
	氏名 〇〇 〇〇	職名 〇〇	<input checked="" type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員	
〇 年 〇 月 〇 日生 ( 〇 歳)	負傷又は発病の年月日	〇 年 〇 月 〇 日		
3 施術料	内訳は「5 施術料の内訳」欄記載のとおり			〇〇 円
4 送金先	振込先銀行	〇〇 銀行 〇〇 支店	※受理	年 月 日
	<input checked="" type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金		※決定金額	円
	口座番号	1 2 3 4 5 6 7	※通知	年 月 日
	ふりがな 預金名義	〇〇〇〇 〇〇〇〇	※支払	年 月 日
(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 柔道整復師の方へ……

- この請求書は、千葉県柔道整復師会との協定に基づき、公務上又は通勤により負傷し、又は疾病にかかった地方公務員が 施術を受ける際使用するもので、施術に要した費用は、受領委任の方法により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。
- 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、〒260-0843 千葉市中央区末広3-21-6 千葉県柔道整復師会に提出してください。
- 施術料金は協定料金により支払います。

注2 被災職員の方へ……

- この請求書は、千葉県柔道整復師会に所属する柔道整復師で施術を受ける場合のみ使用してください。
- 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日ごろまでに、柔道整復師に必ず提出してください。

5. 施術料の内訳 ( 年 月分)

負傷名	(1)	(2)	(3)	
負傷年月日	(1) 年 月 日	(2) 年 月 日	(3) 年 月 日	
施術期間 { 自至	(1) 年 月 日 施術日数 ( 日)	(2) 年 月 日 施術日数 ( 日)	(3) 年 月 日 施術日数 ( 日)	
負傷の原因				
負傷の経過	(1)			
転 帰	(1) 治ゆ・	<b>【整骨院・接骨院記載欄】</b>	中止・転医・継続	
施 術 の 内 訳 及 び 金 額	初 検 料	基	※ 被災職員は、1～2の被災職員記載欄に記載の上、 整骨院・接骨院に記載を依頼してください。	
	再 検 料	加算		
	指導管理料		月 日・ 月 日	
	往 療 料	km 回	月 日から 月 日まで	
		夜間・難路・暴風雨雪・ 回	月 日まで	
		回 数	1回の料金	
	整 復 料	(1) 回	月 日	
	固 定 料	(2) 回	月 日	
	施 療 料	(3) 回	月 日	
	後 療 料	(1) 回	月 日から 月 日まで	
		(2) 回	月 日から 月 日まで	
		(3) 回	月 日から 月 日まで	
	電 療 料	(1) 回	月 日から 月 日まで	
		(2) 回	月 日から 月 日まで	
		(3) 回	月 日から 月 日まで	
	電 療 料	(1) 回	月 日から 月 日まで	
		(2) 回	月 日から 月 日まで	
		(3) 回	月 日から 月 日まで	
	特 別 加 算	初 検 時	(1) 回	月 日
			(2) 回	月 日
		(3) 回	月 日	
	後 療 時	(1) 回	月 日から 月 日まで	
		(2) 回	月 日から 月 日まで	
		(3) 回	月 日から 月 日まで	
入 室 料	日	月 日から 月 日まで		
食 事 料	食	月 日から 月 日まで		
証 明 書 料				
そ の 他				
請 求 金 額				

- 注 1. 該当するところには○印で表示してください。  
 2. 負傷の経過はなるべく具体的に記入してください。  
 3. レントゲン診断が行われた場合はX線照射録を添付してください。

## 【療養補償請求書の確認事項】

(被災職員が整骨院・接骨院に補償費用の受領を委任し、整骨院・接骨院から基金に請求する場合)

※ 請求書を提出される前に御確認ください。

### ① 認定番号について

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。

### ② 請求年月日等の日付について

元号を使用して記載願います。

### ③ 「1 被災職員に関する事項」欄について

被災当時の情報を記載願います。

### ④ 「2 補償費用の受領委任」欄について

上段は被災職員が記載してください。

下段は整骨院・接骨院に記載を依頼してください。

### ⑤ 「3 施術料」欄について

請求金額を記載してください。

### ⑥ 「9 送金希望の場合」欄について

受領の委任を受けた整骨院・接骨院において、受取を希望する振込口座を記載してください。