

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 〇 日)		
地方公務員災害補償基金 千葉県 支部長 殿		請求年月日	〇 年 〇 月 〇 日		
下記の療養補償 被災職員において、 赤字個所を記載願います。		請求者の住所	〇〇市〇〇〇 1-2-3		
		フリガナ 氏名	〇〇 〇〇		
1 受補償委任の費用	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。		
	上記委任に基づき、この請求書 受任者の { 医療 所 氏名(代表者名) }		記載不要		
2 関被災する職員に	所属団体名	地方公共団体名 (任命権者ごと)	フリガナ 氏名	〇〇 〇〇	
	所属部局名	部局課名・事業所名・学校名・警察署名 (電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇)	〇 年 〇 月 〇 日生 (〇〇 歳)		
	職名	〇〇 <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員	負傷又は発病の年月日	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		〇〇 円	
4	調剤費	内訳は「*11 調剤費請求明細」欄記載のとおり		〇〇 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		〇〇 円	
		〇 年 〇 月 〇 日から 〇 年 〇 月 〇 日まで	日間 <input type="checkbox"/> 看護師の資格 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	〇〇 円	
6	移送費	<input type="checkbox"/> 交通費	から まで km <input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復 回	〇〇 円	
		<input type="checkbox"/> その他の移送費			
7	上記以外の療養費 (3~6以外)	〇〇 円	8 療養補償請求金額 (3~7の合計額)	〇〇 円	
9 送金希望口座等	<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	〇〇銀行	本支店等名	〇〇支店	
口座種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	1234567		
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) 〇〇 〇〇 (〇〇 〇〇)			
<input type="checkbox"/> その他					
* 受理 (到達した年月日)	所属部局	任命権者	基金支部		
	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□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。

*10 診療費請求明細				(職員氏名)					
傷病名	ア イ ウ	診療 開始日	ア イ ウ	年 年 年	月 月 月	日 日 日			
初診	時間外・休日・深夜	回	点	診療 期間	年 年	月 月	日から 日まで		
再診	再診	×	回	傷病の 経過			診療 実日数		
	外来診療料	×	回						
	継続管理加算	×	回						
	外来管理加算	×	回						
	時間外	×	回						
	休日・深夜	×	回						
指導							月 日		
在宅	往夜 深夜 在宅 そ 薬	<p style="text-align: center;">【医療機関等記載欄】</p> <p>※ 被災職員は、1号紙を記入の上、受診医療機関に記載を依頼してください。</p> <p>※ 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(*)を添付して頂いても構いません。 ただし、本様式下部の証明欄は必ず記載願います。 (*被災職員が費用精算時に領収書等と併せて受領する「明細書」とは異なります。)</p>						中止	死亡
	投薬							内服 外用	
	処方 麻毒 調基	×	回						
注射	皮下筋肉内		回						
	静脈内		回						
	その他		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					
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			
診療報酬点数表により計算できないもの	診断書料・入院室料差額等	点 ×				円			
診療費請求合計額							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、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。)</p> <p>○ 年 ○ 月 ○ 日</p> <p>診療機関の { 名称 (医療機関の所在地) 所在地 (医療機関の名称) 医師の氏名 ○○ ○○</p>									

【療養補償請求書の確認事項】

(被災職員が費用を負担し、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 診療費」～「7 上記以外の診療費」欄について

請求する療養補償の内容として該当する欄に請求金額をそれぞれ記載してください。

⑤ 「8 療養補償請求金額」欄について

上記④の合計額を記載してください。

⑥ 「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。

○ 様式第6号で療養補償請求を行う場合は、様式第5号・支部様式第10号・支部様式第11号・支部様式第12号は不要です。

被災職員が医療機関等に補償費用の受領を委任し、医療機関等から基金に請求する場合

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 〇 日)		
地方公務員災害補償基金		請求年月日			
千葉県 支部長 殿		〇 年 〇 月 〇 日			
下記の療養補償	赤字→被災職員記入箇所	請求者の住所			
	青字→医療機関等記入箇所	〇〇市〇〇〇 1-2-3			
		フリガナ			
		氏名 〇〇 〇〇			
1 受補償委任費用の	この請求書による療養補償の費用の受領を		(医療機関等の名称)		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		医療機関等の名称	〇〇市〇〇 3-4-5		
		所在地	(医療機関等の名称)		
		氏名(代表者名)	(医療機関等の代表者名)		
2 関被する職事員に	所属団体名 地方公共団体名(任命権者ごと)		フリガナ		
	所属部局名 部局課名・事業所名・学校名・警察署名 (電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇)		氏名 〇〇 〇〇		
	職名 〇〇 <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員		負傷又は発病の年月日 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				〇〇 円
4 調剤費	内訳は「*11 調剤費請求明細」欄記載のとおり				〇〇 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				〇〇 円
	〇 年 〇 月 〇 日から 〇 年 〇 月 〇 日まで		日間	看護師の資格 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	〇〇 円
6 移送費	<input type="checkbox"/> 交通費		<input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復		〇〇 円
	から まで km		回		
<input type="checkbox"/> その他の移送費					
7 上記以外の療養費(3~6以外)	〇〇 円		8 療養補償請求金額(3~7の合計額)	〇〇 円	
9 送金希望口座等	<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 〇〇銀行		本支店等名 〇〇支店		
	口座種別 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		口座番号 1234567		
口座名義人 法人機関又は役職の名称(フリガナ)		(振込口座の医療機関等及び代表者の名称)			
氏名(フリガナ)		(医療機関等の口座名義)			
<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□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。

*10 診療費請求明細				(職員氏名)					
傷病名	ア イ ウ	診療 開始日	ア イ ウ	年 年 年	月 月 月	日 日 日			
初診	時間外・休日・深夜	回	点	診療 期間	年 年	月 月	日から 日まで		
再診	再診	×	回	傷病の 経過			診療 実日数		
	外来診療料	×	回						
	継続管理加算	×	回						
	外来管理加算	×	回						
	時間外	×	回						
休日	×	回							
指導							月 日		
在宅	往夜 深夜 在宅 在宅 そ 薬	<p style="text-align: center;">【医療機関等記載欄】</p> <p>※ 被災職員は、1号紙の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。</p> <p>※ 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（*）を添付して頂いても構いません。 （*被災職員が費用精算時に領収書等と併せて受領する 「明細書」とは異なります。）</p>						中止	死亡
	投薬							内服 屯服 外用	
	処方 麻毒 調基	×	回						
注射	皮下筋肉内 静脈内 その他		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	食事	基準	円 × 日間 円 × 日間 円 × 日間		
	病・診・衣	入院基本料・加算	×	日間					
			×	日間					
			×	日間					
			×	日間					
	特定入院料・その他								
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					
診療報酬点数表により計算できないもの	診断書料・入院室料差額等	点 ×		円					
診療費請求合計額								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、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。）</p> <p>○ 年 ○ 月 ○ 日</p> <p>診療機関の { 名称 (医療機関の所在地) 所在地 (医療機関の名称) 医師の氏名 ○○ ○○</p>									

【療養補償請求書の確認事項】

（被災職員が医療機関等に補償費用の受領を委任し、
医療機関等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。
- ※ 本様式は以下に該当する場合に使用するものです。
 - ・ 調剤費（薬局における費用）を請求する場合
 - ・ 非指定医療機関を受診した診療費を請求する場合
 - ・ 千葉県外に所在する医療機関を受診した診療費を請求する場合

指定医療機関（*）を受診し、診療費を医療機関が立て替えて、医療機関から基金に請求する場合は、支部様式第11号を使用してください。

***原則として、千葉県医師会に加入している医療機関が対象となりますので、医療機関に確認願います。**

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。

下段は医療機関等に記載を依頼してください。

⑤ 「3 診療費」～「7 上記以外の診療費」欄について

請求する療養補償の内容として該当する欄に請求金額をそれぞれ記載してください。

⑥ 「8 療養補償請求金額」欄について

上記⑤の合計額を記載してください。

⑦ 「9 送金希望の場合」欄について

受領の委任を受けた医療機関等において、受取を希望する振込口座を記載してください。

- ※ 様式第6号で療養補償請求を行う場合は、様式第5号・支部様式第10号・支部様式第11号・支部様式第12号は不要です。