

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。

<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		薬剤調整料 調剤管理料	薬剤料	加算料
	.	.		点		点	点	点
	.	.						
<p><b>【薬局記載欄】</b></p> <p>※ 被災職員は、1号紙を記入の上、受診薬局に記載を依頼してください。</p> <p>※ 薬局においては、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>								
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
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。</p> <p>(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 { 名称 (医療機関の所在地) 所在地 (医療機関の名称) 薬剤師の氏名 ○○ ○○</p>								

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	
受補償費用の委任	1 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)		
	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)	
関被する職事員に	2 所属団体名		フリガナ		
	地方公共団体名(任命権者ごと)		氏 名		
	所属部局名		〇〇 〇〇		
		(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		負傷又は発病の年月日	
		<input type="checkbox"/> 常 勤		〇 年 〇 月 〇 日	
		<input type="checkbox"/> 令第1条職員			
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		日間		(看護師の資格)
		〇 年 〇 月 〇 日まで		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
6 移 送 費	<input type="checkbox"/> 交通費		<input type="checkbox"/> 片道		〇〇 円
	から まで km		<input type="checkbox"/> 往復		
<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
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		本支店等名		
	〇〇銀行		〇〇支店		
口座種別		口座番号			
<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		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〕

- 1 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。
- 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。
- 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。

<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 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		薬 剤 調 整 料 調 剤 管 理 料	薬 剤 料	加 算 料
	.	.		点		点	点	点
	.	.						
<p><b>【薬局記載欄】</b></p> <p>※ 被災職員は、1号紙の被災職員記載欄記入の上、 受診薬局に記載を依頼してください。</p> <p>※ 薬局においては、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>								
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
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。</p> <p>(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 { 名 称 (医療機関の所在地) 所 在 地 (医療機関の名称) 薬剤師の氏名 ○○ ○○</p>								