

受領委任の場合

様式第 6 号

1 号紙

療 養 補 償 請 求 書

※支払番号	
認定番号	
請求回数	第 ○ 回 (○○年 ○○月分)

岡山市内山下2丁目4-6 岡山県総務部人事課内 (電話 岡山(224)2111 内線 2165) 地方公務員災害補償基金岡山県支部長 殿 下記の療養補償を請求します。	請求年月日	平成 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
	ふりがな	おが やま た ろう 岡 氏 名 岡 山 太 郎 山

1 この請求書による療養補償の費用の受領を、〇〇病院に委任します。

委任者の氏名 岡 山 太 郎 (印)

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 〇〇市〇〇町〇〇番地

{ 医療機関等の名称 〇〇病院

{ 氏 名 (代表者名) 〇 〇 〇 〇 (印)

2 被災 職 員 に 関 する 事 項	所属団体名	〇〇市	所属部局名（電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇）	〇〇局清掃事業所
	氏 名	岡山太郎	職 名	業務員 ☒ 常 勤 ☐ 常勤の非常勤
	昭和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日生（ 〇〇 歳）		負 傷 又 は 発病の年月日	平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 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	円
---------	-------------------------	---

		☐ 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
5	看護料	平成 年 月 日から	日間 看護師の資格 ☐有 ☐無	円
		平成 年 月 日まで		

6 移 送 費	☐ 交通費 から まで キロメートル ☐ 片道 ☐ 往復 回	円
	☐ その他の移送費	

7 上記以外の療養費	円
------------	---

8	療養補償請求金額 (3~7の合計額)	〇〇〇〇 円
---	-----------------------	--------

9 送金希望の場合	振込み	振込先金融機関名 〇〇銀行 〇〇支店	預金名 義者名	法人機関又は役職の名称(個人名義の場合は記入不要です。)
		口座の記号番号 No. 〇〇〇〇〇〇		〇〇病院長
		☒ 普通預金 ☐ 当座預金		
	送金小切手	銀行 支店	(フリガナ) 氏 名 〇 〇 〇 〇	
	その他			

*受理 平成 年 月 日	*通知 平成 年 月 日	*支払 平成 年 月 日	*決定金額 円
-----------------	-----------------	-----------------	------------

〔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✓印を記入すること。
- 2 「認定番号」の欄は、第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」の欄には、入院料に食事代を含まない場合の食料費及び「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、その領収書及び明細書を添付すること。
- 6 「*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。
- 7 「診療報酬点数表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、入院料差額等）を記入すること。
- 8 「請求者の氏名」の欄は、記名押印のことに代えて、自筆による署名をすることができると。

※本様式に準ずるものであれば、代わりに機械出力等による明細書を添付してもかまいません。

2号紙

*10 診療費請求明細				(職員氏名)																													
傷病名	ア			診療開始日	ア平成	年	月	日	診療期間	平成	年	月	日から																				
	イ				イ平成	年	月	日		平成	年	月	日まで																				
	ウ				ウ平成	年	月	日		診療実日数	日																						
初診	時間外・休日・深夜			回	点																												
再診	再	再	診	療	料	×		回		傷病の経過																							
	外	来	診	療	料	×		回																									
	継	続	管	理	加	算	×		回																								
	外	来	管	理	加	算	×		回																								
	時	間	外	日	×		回																										
診	休	日	×		回																												
深	夜	×		回																													
指導																																	
在宅	往	診	回		転帰				平成				年	月	日																		
	夜	緊	急	回					治	ゆ	継	続	転	医	中	止	死	亡															
	深	夜	・	回					摘												要												
在宅	在	宅	患	者	訪	問	診	察	の	他	剤	回		労災診療費に準じ金額により計算するもの <table><tr><td>診療内容</td><td>金額</td></tr><tr><td>初診</td><td>円</td></tr><tr><td>再診</td><td>回</td><td>円</td></tr><tr><td>指導</td><td>回</td><td>円</td></tr><tr><td colspan="2">(食事・日常生活・機能訓練)</td></tr><tr><td>その他</td><td>円</td></tr><tr><td>小計※</td><td>円</td></tr></table>				診療内容	金額	初診	円	再診	回	円	指導	回	円	(食事・日常生活・機能訓練)		その他	円	小計※	円
	診療内容	金額																															
	初診	円																															
	再診	回	円																														
	指導	回	円																														
(食事・日常生活・機能訓練)																																	
その他	円																																
小計※	円																																
投薬	内服	薬剤	調剤	×		単位	回		医療機関で記入																								
	屯服	薬剤	調剤	×		単位	回																										
	外用	薬剤	調剤	×		単位	回																										
	処方	麻毒	調基	×		回																											
注射	皮下	筋肉	内	回					医療機関で記入																								
	静	脈	の	回																													
処置	薬	剤		回					医療機関で記入																								
	手術	麻	酔	回																													
検査	薬	剤		回					医療機関で記入																								
	画像	診断	薬	剤	回																												
入院	入院年月日	平成	年	月	日	食事								基準		円	×	日間															
	病・診・衣	入院基本料・加算	×		日間									円	×	日間																	
	特定入院料・その他	×		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																							
診療報酬点数により計算できないもの				労災診療費に準じ金額により計算するもの※				円																									
				診断書料 (平成 年 月 日発行分)				円																									
				入院室料差額等				円																									
診療費請求合計額								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、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。)																																	
平成 年 月 日				診療機関の				所在地 名称 医師の氏名				印																					

*11 調剤費請求明細				(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		平成 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		調 剤 料	薬 剤 料
	・	・	薬局で記入		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、診療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。)							
平成 年 月 日							
薬局の				所在地 名 称 薬剤師の氏名			
印							

※本様式に準ずるものであれば、代わりに機械出力等による明細書を添付してもかまいません。