

※被災職員本人が支払った場合

記載例

1号紙

様式第6号

		※支払番号			
		認定番号		19-123456	
		請求回数		第1回(R1年8月分)	
療養補償請求書		請求年月日		令和元年10月25日	
岡山市北区山下2丁目4-6 岡山県総務部人事課内 (電話 086(226)7218)		請求者の住所		〇〇市〇〇1234-1	
地方公務員災害補償基金岡山県支部長 殿		ふりがな		おかやま たろう 岡山 太郎	
下記の療養補償を請求します。					
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.....に委任します。				
	委任者の氏名.....				
	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。				
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 <input checked="" type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員
		平成3年5月12日生(28歳)		負傷又は発病の年月日	令和元年8月19日
3 診費	内訳は「*10 診療費請求明細」欄記載のとおり			2,200円	
4 調剤費	内訳は「*11 調剤費請求明細」欄記載のとおり			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			円	
	年 月 日から 年 月 日まで	日間	(看護師の資格) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	円	
6 移送費	<input type="checkbox"/> 交通費 〇〇から 〇〇まで キロメートル			<input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復	円
	<input type="checkbox"/> その他の移送費				円
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)				2,200円	
9 送金希望の場合	振込み	振込先金融機関名	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。)		
		中国銀行 県庁 支店	預金名義者名	(フリガナ) オカヤマ タロウ	
		口座番号 〇〇〇〇〇〇〇〇	氏名	岡山 太郎	
	<input checked="" type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金	銀行 支店			
	送金小切手	銀行 支店			
	その他				
*受理(到達した年月日)		所属部局	任命権者	基金支部	
令和元年10月25日		令和元年10月25日		年 月 日	
*通知		*支払	*決定金額		円
年 月 日		年 月 日			

被災職員が移動した場合は、被災時の所属を括弧書きで併記すること。

移送費を請求する場合は、別紙で「通院明細書」を添付すること。

領収書原本を添付すること。

被災職員本人の口座を記入する。
※口座番号は7桁
※ゆうちょ銀行も可能であるが、銀行振込用の支店名(三桁漢数字)と口座番号(7桁)を記入すること。ここに記載された口座番号、カナ情報を元に振込を行いますので、正確に記入してください。
※誤っていると振込ができません。所属部局、任命権者を経由した場合、受領した日を記入。
※被災職員ではなく、所属部局及び任命権者が記入する。

〔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✓印を記入すること。
- 「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。
- 「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」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。
- 「*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。

※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	右大腿部切創 ← 認定傷病名	診療開始日	ア	令和元年 8 月 19 日	診療期間	令和元年 8 月 19 日から										
	イ			イ	年 月 日		令和元年 8 月 31 日まで										
	ウ			ウ	年 月 日		診療実日数 2 日										
初診	時間外・休日・深夜 回 点		傷病の経過														
再診	外来診療料	×		回													
	外来管理加算	×		回													
	外来管理加算 ^④	×		回													
	時間外休日深夜	×	回														
指導			転帰	年 月 日													
在宅	往診	回	摘 要	治	ゆ	継	続										
	夜間・緊急 在宅患者訪問診療 その他	回		転	医	中	止	死									
投薬	内服	薬剤調剤	×	単位	<table border="1"> <tr> <th colspan="2">労災診療費に準じ金額により計算するもの</th> </tr> <tr> <th>診 内 容</th> <th>金 額</th> </tr> <tr> <td>初診</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>再診</td> <td>回 円</td> </tr> <tr> <td>指導</td> <td>回 円</td> </tr> </table>			労災診療費に準じ金額により計算するもの		診 内 容	金 額	初診	円	再診	回 円	指導	回 円
	労災診療費に準じ金額により計算するもの																
	診 内 容	金 額															
	初診	円															
再診	回 円																
指導	回 円																
外用	薬剤調剤	×	単位														
処方	麻毒調基	×	単位														
注射	皮下筋肉内 静脈の他		回														
処置	薬 剤																
手術	麻 酔	薬 剤															
検査	薬 剤																
画像診断	薬 剤																
その他																	
入院	入院年月日	年															
	病・診・衣	入院基本料・加算 日間 日間 日間 日間 日間															
院	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 (令和元年 8 月 19 日発行分)		2,200 円											
				入院室料差額等		円											
診療費請求合計額						2,200 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>																	
令和元年10月25日				診療機関の { 所在地 ○○市○○町○○ 名称 医療法人○○会 □□病院 医師の氏名 ○○ ○○													

「療養の給付請求書取扱料」は算定できません。

- 1. 診療費・診断書料を請求する場合**
 医療機関に診療費報酬明細を記入してもらい、下欄の証明を受けた後領収書原本と併せて提出してください。
 ※内訳の記入に代えて機械出力の明細書を添付しても差し支えありません。
- 2. 装具料を請求する場合**
 装具は、装具製作会社から購入することとなりますので、下の診療費報酬明細に医師の証明は必要ありませんが、別途、医師から装具着用証明書を取得し、装具の領収書原本と品名のわかる明細書と併せて提出してください。
- 3. 移送費用を請求する場合**
 移送費用も医療機関への支払いではないため、証明は必要ありません。別紙として、「通院明細書」と領収書原本 (タクシー利用の場合) を提出してください。