

※受領委任（医療機関に振込）の場合

記載例

様式第6号

1号紙

療養補償請求書

※支払番号		
認定番号		19-123456
請求回数		第1回(21年8月分)
請求年月日		令和元年10月25日
請求者の住所		〇〇市〇〇1234-1
ふりがな		おかやま たろう 氏名 岡山 太郎

※被災職員が記入

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 医療法人〇〇会〇〇病院理事長〇〇〇〇 に委任します。 委任者の氏名 岡山 太郎
	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。 住所 〇〇市〇〇町123-1 受任者の医療機関等の名称 医療法人〇〇会〇〇病院 氏名(代表者名) 〇〇 〇〇

※医療機関が記入

被災職員が異動した場合は、被災時の所属を括弧書きで併記すること。

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 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

※被災職員が記入

3 診 費	内訳は「*10 診療費請求明細」欄記載のとおり	12,800 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 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 年 月 日から 年 月 日まで キロメートル <input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復 回	円
	<input type="checkbox"/> その他の移送費	円
7 上記以外の療養費	診断書料1通(令和元年8月19日発行分)	2,000 円
8 療養補償請求金額(3~7の合計額)		14,800 円

※医療機関が記入

公務災害の療養補償は消費税の非課税取引となるため消費税は請求できません。

9 送金希望の場合	振込み	振込先金融機関名 中国 銀行 県庁 支店 口座番号 〇〇〇〇〇〇〇〇	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) イ) マルマルカイ マルマルビヨウイン リジチヨウ 医療法人〇〇会 〇〇病院 理事長 (フリガナ) マルマル マルマル 氏名 〇〇 〇〇
	送金小切手	銀行 支店	
	その他		

医療機関の振込先口座を記入 ※口座番号は7桁

*受理(到達した年月日)	所属部局 令和元年10月25日	任命権者 令和元年10月25日	基金支部 年 月 日
*通知 年 月 日	*支払 年 月 日	*決定金額 円	

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、任命権者を經由した場合、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事料及び「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、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。
- 「請求者の氏名」の欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができる。
- 年月日の記載には元号を用いる。

被災職員記入項目

医療機関記入項目

※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	イ	ウ	診療開始日	ア 令和元年 8 月 19 日	イ 年 月 日	ウ 年 月 日	診療期間	令和元年 8 月 19 日から 令和元年 8 月 31 日まで	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									
指導	時間	×	回									
	休日	×	回									
	深夜	×	回									
在宅	往診	回	回									
	夜間・緊急	回	回									
	在宅患者訪問診療	回	回									
投薬	内服 薬剤調剤	×	単位回									
	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	回									
	静脈その他	回	回									
処置	薬剤	回	回									
手術・麻酔	薬剤	回	回									
検査	薬剤	回	回									
画像診断	薬剤	回	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	×	日間
院	特定入院料・その他			食事	基準	円	×	回	特別食	円	×	回 (食名:)
					食堂	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 (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。)												
年 月 日				診療機関の		所在地 名称 医師の氏名						

※医療機関が記入

公務災害では労災指定医療機関において請求可能な「療養の給付請求書取扱料」は算定できません。