

地方公務員災害補償
療養費請求書 (年 月分・第 回)

年 月 日

地方公務員災害補償基金

大阪市支部長 様

医療機関の	郵便番号	<input style="width: 50px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
	所在地	
	名称	
	氏名	◎
	電話番号	() 局 番

次のとおり療養費を請求します。

金 額 ¥ _____

請求内訳裏面のとおりに

認定番号	—	番	フリガナ	
所属部局名	大阪市		氏名	
			(男・女)	昭和・平成 年 月 日生

送 金 先	振 込 銀 行		銀行 信金		支店
	預金科目 (✓印を付す)		<input type="checkbox"/> 普 通	<input type="checkbox"/> 総合口座	<input type="checkbox"/> 当 座 <input type="checkbox"/> 別 段
	口 座 番 号	No.	フリガナ		
			預 金 名 義 者		

- (注) 1. この請求書は、大阪府医師会との協定にもとづいて大阪市職員の公傷者が診療を受ける際に使用するもので、療養費は地方公務員災害補償基金大阪市支部から口座振替の方法により直接支払いますから本人には請求しないでください。
2. この請求書は、月毎にまとめ翌月20日(協力日17日)までに大阪府医師会保険課(〒543-8935 天王寺区上本町2丁目1番22号)あて提出して下さい。
3. 療養費は、公務災害認定後に大阪府医師会との協定料金により支払います。
4. 第1回の請求に限り「療養の給付請求書」を添付して下さい。2回目以降はこの請求書だけで結構です。
5. 請求にあたり疑義がある場合は大阪府医師会保険課(TEL 6763-7001)にお問い合わせ下さい。

基金支部 記入欄	決 定	年 月 日	受 付 日 付 印
	支 払	年 月 日	
	決 定 金 額	¥	

注) ・この用紙は、支部指定医療機関(大阪府医師会加入医療機関)専用です。他府県・歯科医院・柔道整復師等の医療機関等へは、療養補償請求書(様式第六号)を提出して下さい。

診療費請求明細書

入	外
---	---

傷病名		傷病の経過		初診日	年 月 日	診療実日数	
				診療期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間		
				転帰	年 月 日	治ゆ 継続 転医 中止 死亡	
診療内容			点数	金額	摘要		
①指導 初診 時間外 休日 深夜			点	円			
⑫ 再 診	再診・外来診療		回				
	継続管理加算		回				
	外来管理加算		回				
	時間外		回				
	休日		回				
	深夜		回				
⑬指導			回				
⑭在宅			回				
⑳ 投 薬	①内服	薬剤	単位				
		調剤 ×	回				
	②屯服	薬剤	単位				
		調剤 ×	回				
	③外用	薬剤	単位				
		調剤 ×	回				
	④入院調剤		×	日			
⑤処方		×	回				
⑥麻毒		×	回				
⑦調基							
㉑ 注 射	①皮下筋肉内		回				
	②静脈内		回				
	③その他		回				
㉒ 処 置	薬剤		回				
㉓ 手 術 酔			回				
	薬剤		回				
㉔ 検 査	㉕尿・血・生I・生II・免・微・病		回				
	薬剤		回				
㉕ 画 診 像 断			回				
			回				
	薬剤		回				
㉖ そ の 他	診断書(所見書)料		回				
	救急医療管理加算(入院外・入院)		回				
	薬剤		回				
㉗ 食 事	円 ×	日間					
	円 ×	日間					
㉘ 入 院	入院年月日	年 月 日					
	病 診	①入院基本料・加算	× 日間				
			× 日間				
			× 日間				
			× 日間				
②特定入院料・その他							
室料差額 (理由書添付)	個室 上級室	円 × 日 円 × 日	※				
小 計			(1) 点	(2) 円			
1点単価 ((3) 円)				(1)×(3)=(4) 円			
合 計			(2)+(4) 点	円			

(注) (1) 該当項目を○で囲むこと。 (2) ※印欄は、被災職員をやむを得ず上級室・個室等に入院させた場合に、その必要を認めた理由を添付して下さい。
 (3) 注射・処置等で欄中に記入できない場合は、健康保険請求用の「診療報酬請求明細書」に内訳を記入して添付して下さい。
 (4) 診断書(所見書)料については、原則としては、当初の一通に限りお支払いいたしません。
 (5) 加療延期届等、服務関係に使用する文書料については、被災者本人に請求して下さい。
 (6) 年月日の記載には元号を用いて下さい。

審 査 印	地方公務員災害補償基金 大阪市支部診療審査会	大 阪 府 医 師 会