

## 療養補償請求書

		認定番号		
		請求回数	第 回 ( 年 月分)	
地方公務員災害補償基金 大阪市支部長 様  下記の療養補償を請求します。		請求年月日 年 月 日		
		請求者の住所		
		ふりがな		
		氏 名 <span style="float: right;">(印)</span>		
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..... <span style="float: right;">(印)</span>			
	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..... { 医療機関等の名称..... { 氏 名(代表者名)..... <span style="float: right;">(印)</span>			
2 被災職員の事項	所属団体名 大阪市		所属部局名 (電話番号 )	
	氏 名		職 名 <input type="checkbox"/> 常 勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員	
	年 月 日生 ( 歳)		負傷又は 発病の年月日 年 月 日	
3 施 術 費	内訳は「*10 施術費請求明細」欄記載のとおり		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 <span style="font-size: 2em;">{</span> 看護師の資格 <span style="font-size: 2em;">}</span> 年 月 日まで <span style="float: right;"><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</span>		円	
6 移 送 費	<input type="checkbox"/> 交通費		<input type="checkbox"/> 片道	
	から まで キロメートル		<input type="checkbox"/> 往復 回	
<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)			円	

9 送金希望の場合	振 込 み	振込先金融機関名		預 金 名 義 者	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。)
		銀行	支店		
	口座番号		フリガナ 氏 名		
	<input type="checkbox"/> 普通預金	<input type="checkbox"/> 当座預金			
	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	
	年 月 日		年 月 日		年 月 日	
*通知 年 月 日		*支払 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□にレ印を記入すること。
- 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、訪問看護を行った訪問看護事業者又は施術に当たった柔道整復師若しくは整骨院等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及び「3 施術費」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 「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。
- 8 年月日の記載には元号を用いること。

※10 施術費請求明細

傷病名	ア					施術開始日	ア	年	月	日	
	イ						イ	年	月	日	
傷病の経過	ウ					施術期間	年 月 日から				
	エ						年 月 日まで				
施術費の内訳及金額	種 別					金額	備 考				
	初検年月日	年	月	日	時頃						
施術費の内訳及金額	初検料	円	初検時相談支援料	円		円					
	再検料	円				円					
	加算料金	休日・時間外・深夜			円	円					
	往療料	加算料金	夜間・暴風雨雪	回		円					
	情報提供料						円				
	整復料	部位名	回数	1回の料金		金額					
		ア	回	円		円					
		イ									
		ウ									
	後療料	エ									
ア		回	円		円						
イ											
ウ											
電療料	エ										
	ア				円						
	イ										
	ウ										
その他	電療料	低・短	回	円		円					
	認定請求用文書料	発行		枚		円					
	特別材料費	円	交換包帯料	円		円					
	指導管理料		回	円							
	運動療法料		回	円							
合 計 金 額						円					

上記に記載したとおりであることを証明します。

年 月 日

この欄の記入は、施術に当たった柔道整復師若しくは整骨院等に療養補償の費用の受領を委任する場合は不要です。

所在地  
名称  
柔道整復師  
氏名  
電話番号

