

地方公務員災害補償
療養費請求書 (平成 年 月分・第 回)

〔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。

平成 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 □□□-□□□□
所在地
名称
氏名 ⑩
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

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下さい。
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(〒543-8934 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	平成 年 月 日	受付 日付印
	支払	平成 年 月 日	
	決定金額	¥	

診療費請求明細書

入	外
---	---

傷 病 名		傷 病 の 経 過		初診日	平成 年 月 日	診療実日数
				診療期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間	日
				転帰	平成 年 月 日	治ゆ 継続 転医 中止 死亡
診療内容				点数	金額	摘要
⑩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 深夜	回				
⑬指導		回				
⑭在宅		回				
⑳投 薬	⑲内服 薬剤 調剤 ×	単位 回				
	⑲屯服 薬剤	単位 回				
	⑳外用 薬剤 調剤 ×	単位 回				
	㉑入院調剤 ×	日 回				
	㉒処方 ×	回				
	㉓麻毒 ×	回				
	㉔調基					
㉑注 射	㉑皮下筋肉内	回				
	㉒静脈内	回				
	㉓その他	回				
㉔処 置	薬剤	回				
		回				
㉕手 術 麻 酔		回				
	薬剤	回				
㉖検 査	㉖尿・血・生I・生II・免・微・病	回				
	薬剤	回				
㉗画 診 像 断		回				
	薬剤	回				
㉘そ の 他	診断書(所見書)料					
	救急医療管理加算(入院外・入院)	回				
	薬剤	回				
㉙入 院	入院年月日 年 月 日					
	病 診	⑨⑩入院基本料・加算				
		× 日間 × 日間 × 日間 × 日間				
		⑨⑩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)				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書を添付して下さい。
 (3) 注射・処置等で欄中に記入できない場合は、「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、原則として当初の一通に限りお支払いいたします。
 (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。

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