

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 支部長 殿	請求年月日 平成 年 月 日
-----	請求者の住所 -----
下記の療養補償を請求します。	ふりがな 氏 名 (印)

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 (印)
	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 { 郵便番号 □□□-□□□□ 住 所 ----- 医療機関等の名称 ----- 氏 名 (代表者名) (印) 電話番号 -----

2 被災する事項	所属団体名	所属部局名 (電話番号 -----)
	氏 名	職 名 <input type="checkbox"/> 常 勤 <input type="checkbox"/> 常勤的非常勤
	年 月 日生 (歳)	負傷又は発病の年月日 平成 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"/> 看護婦 平成 年 月 日から <input type="checkbox"/> 付添婦 日間 <input type="checkbox"/> その他 平成 年 月 日まで	円
6 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 銀行 支店	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用です。) (フリガナ) 氏 名
		口座の記号番号	
	送金小切手 そ の 他	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金	
		銀行 支店	

*受理 平成 年 月 日	*通知 平成 年 月 日	*支払 平成 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又は調剤に当たった薬剤師若しくは薬局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、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事料及び「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 施術費請求明細」又は「*11 調剤費請求明細」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又は薬剤師の証明書を添付してもよいこと。

※10 施術費請求明細

傷 病 名	ア					施 術 開 始 日	ア	平成	年	月	日	
	イ						イ	平成	年	月	日	
	ウ						ウ	平成	年	月	日	
	エ						エ	平成	年	月	日	
傷 病 の 経 過						施 術 期 間	平成 年 月 日から					
							平成 年 月 日まで					
						施 術 実 日 数	転 帰					
					日	治 ゆ	中 止	転 医	繼 続			
施 術 費 の 内 訳 及 び 金 額	種 別				金 額		備 考					
	初 検 料 再検料	初 検 年 月 日			加算料金	休日・時間外・深夜						
		年 月 日 時頃					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 固 定 料 初 回 処 置	部 位 名	回数	1 回の料金	金 額							
		ア	回	円			円					
		イ										
		ウ										
	後 療 料 拘 縮 後 療	ア	回	円			円					
		イ										
		ウ										
		エ										
	電 療 料	ア	回	円			円					
		イ										
		ウ										
		エ										
	認 定 請 求 用 文 書 料	低・短	回	円			円					
		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。						(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。)						
平成 年 月 日												
所在地 名称 柔道整復師 氏名 電話番号						(印)						