

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 殿		請求年月日 年 月 日											
下記の療養補償を請求します。		請求者の住所 フリガナ 氏名											
1 受補償 委任の 費用の	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												
	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 { 医療機関等の名称 _____ 所在地 _____ 氏名(代表者名) _____												
2 関被 災職 事員 に	所属団体名					フリガナ 氏名							
	所属部局名 (電話番号 _____)					年 月 日生 ( 歳)							
	職名 <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員					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 年 月 日まで					日間 <input type="checkbox"/> 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 km <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 (3~6以外)	円					8	療養補償請求金額 (3~7の合計額)	円				
9 送金 希望 口座 等	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する												
	個人番号 _____												
	<input type="checkbox"/> 任意の口座を指定する 金融機関名 _____ 本支店等名 _____ <input type="checkbox"/> 座種別 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 口座番号 _____ <input type="checkbox"/> 口座名義人 法人機関又は役職の名称(フリガナ) _____ 氏名(フリガナ) _____												
<input type="checkbox"/> その他													
*受理	所属部局					任命権者					基金支部		
(到達した年月日)	年 月 日					年 月 日					年 月 日		
*決定金額 円			*通知 年 月 日			*支払 年 月 日							

[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、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。
- 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(3~6以外)」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、併せてその領収書及び明細書を添付すること。
- 6 「9 送金希望口座等」の欄は、公金受取口座への送金を希望する場合は、送金先金融機関名等の口座登録情報を記入する必要はないこと。なお、「法人機関又は役職の名称」については、個人名義の場合は記入不要であること。
- 7 「\*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。
- 8 「診療報酬点数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。
- 9 年月日の記載には元号を用いる。

※10 施術費請求明細

傷 病 名	ア	ア	年	月	日
	イ	イ	年	月	日
	ウ	ウ	年	月	日
	エ	エ	年	月	日

傷 病 の 経 過	施 術 期 間		年 月 日から			年 月 日まで			
	施 術 実 日 数			転 帰					
	日	治 ゆ	中 止	転 医	継 続				

種 別	金 額				備 考			
	初検年月日	年	月	日 時頃				
初 検 料	円	初検時相談支援料	円					
再 検 料	円							
加算料金	休日・時間外・深夜		円					
往 療 料	加算料金	夜間・暴風雨雪	回					
情報提供料								
施 術 費 の 内 訳 及 び 金 額	部 位 名	回 数	1回の料金	金 額				
	整 復 料	ア	回	円				
	固 定 料	イ						
	初回処置	ウ						
後 療 料	ア	回	円					
	イ							
	ウ							
	エ							
電 療 料	ア						円	
	イ							
	ウ							
	エ							
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