

福祉事業〔外科後処置アフターケア〕申請書

認定番号
 新規  継続 第 回

地方公務員災害補償基金
申請年月日 年 月 日
支部長 殿
申請者の住所
フリガナ 氏 名

1 所属団体名
所属部局名 (電話番号)
職 名
傷病名及び障害の部位
フリガナ 氏 名
年 月 日生 ( 歳)
負傷又は発病の年月日 年 月 日
治 ゆ 年 月 日 年 月 日
障 害 等 級 第 級

2 外科後処置等を必要とする理由 別添「診断書」のとおり

3 この申請書による外科後処置等の費用の受領を 委任します。
委任者の氏名
上記委任に基づき、この申請書による外科後処置等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)}

4 診 療 費 内訳は「\*13 医師の証明」欄記載のとおり 円

5 調 剤 費 内訳は「\*14 薬剤師の証明」欄記載のとおり 円

6 看 護 料
 訪問看護 内訳は「\*15 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
年 月 日まで
看護師の資格
 有  無

7 移 送 費
 交通費 円
から まで km
 片道  往復 回
 その他の移送費

8 上記以外の診療費 円

9 日 当 (外科後処置に限る) 年 月 日から 日間 年 月 日まで 円

10 申 請 金 額 円

11 外科後処置等を受けようとする医療機関
名 称
所 在 地

12  公金受取口座を利用する
個人番号
 任意の口座を指定する
金融機関名 本支店等名
口座種別  普通  当座 口座番号
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)
 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
 支給  不支給

[注意事項] 裏面参照。

〔注意事項〕

- 1 申請者は、\*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 新たに外科後処置等の福祉事業を受けようとする場合は、当該福祉事業の実施を認める旨の医師等の証明書を添付すること。
- 3 「3 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 「6 看護料」及び「7 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 「8 上記以外の診療費」の欄には、入院料に食事代を含まない場合の食事料及び「4 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 「12 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 「\*13 医師の証明」、「\*14 薬剤師の証明」又は「\*15 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等、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 年月日の記載には元号を用いる。

|   |           |          |   |     |   |   |     |    |        |   |  |
|---|-----------|----------|---|-----|---|---|-----|----|--------|---|--|
| <b>*13 医師の証明</b>  |           | (職員氏名)   |   |     |   |   |     |    |        |   |  |
| 診療時の症状  |           |          |   |     |   |   |     |    |        |   |  |
| 診療期間  |           | 年        | 月 | 日から | 年 | 月 | 日まで | 日間 | 診療実日数  | 日 |  |
| 診療費の内訳  |           |          |   |     |   |   |     |    | 金額 (円) |   |  |
| 初診  |           |          |   |     |   |   |     |    |        |   |  |
| 再診  |           |          |   |     |   |   |     |    |        |   |  |
| 在宅  |           |          |   |     |   |   |     |    |        |   |  |
| 投薬  | 内服        |          |   |     |   |   |     |    |        |   |  |
|   | 屯服        |          |   |     |   |   |     |    |        |   |  |
|   | 外用        |          |   |     |   |   |     |    |        |   |  |
|   | 調剤        |          |   |     |   |   |     |    |        |   |  |
|   | 処方        |          |   |     |   |   |     |    |        |   |  |
| 注射  | 麻毒        |          |   |     |   |   |     |    |        |   |  |
|   | 調基        |          |   |     |   |   |     |    |        |   |  |
|   | 皮下筋肉内     |          |   |     |   |   |     |    |        |   |  |
| 処置  | 静脈内       |          |   |     |   |   |     |    |        |   |  |
|   | その他       |          |   |     |   |   |     |    |        |   |  |
| 手術・麻酔   |           |          |   |     |   |   |     |    |        |   |  |
| 検査  |           |          |   |     |   |   |     |    |        |   |  |
| 画像診断  |           |          |   |     |   |   |     |    |        |   |  |
| その他   |           |          |   |     |   |   |     |    |        |   |  |
| 入院  | 入院期間      | 年        | 月 | 日から | 年 | 月 | 日まで | 日間 |        |   |  |
|   | 病・診・衣     | 入院基本料・加算 |   |     |   |   |     |    |        |   |  |
|   | 特定入院料・その他 |          |   |     |   |   |     |    |        |   |  |
|   | 食事        | 基準       |   |     |   |   |     |    |        |   |  |
| 診療費の合計額   |           |          |   |     |   |   |     |    |        | 円 |  |
| <p>上記の事項は事実と相違ないことを証明します。</p> <p>年 月 日</p> <p>診療機関の</p> <p>             { 名称<br/>             所在地<br/>             医師の氏名         </p> |           |          |   |     |   |   |     |    |        |   |  |