

指定医療機関用

療養の給付請求書

認定番号 001-2351

| | | |
|---|--|--|
| 地方公務員災害補償基金北海道支部長 様 下記の指定医療機関等における療養の給付を請求します。 | | 請求年月日 令和2年 3月 4日 |
| 請求者の住所 〇〇市〇〇町〇〇番地 フリガナ ききん たろう 氏名 基金 太郎 | | |
| 1 被災職員に 関する事項 | 所属団体 〇〇市 氏名 基金 太郎 昭和62年 4月 5日生 (32歳) | 所属部局名 〇〇部〇〇課〇〇係 職名 主任 <input checked="" type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員 負傷または発病の年月日 令和2年 2月 14日 |
| | 新 所在地 〇〇市△△町△△番地 旧 所在地 | 名称 〇×病院 |
| | 2 療養を受ける指 定医療機関 | 名称 |

被災職員が記入

(注意事項) 療養の給付請求書は被災職員が第1回目の請求時並びに指定医療機関を変更した場合のみ記載すること。

療養給付請求書

認定番号 001-2351 請求回数 第1回

| | |
|--|---------------------------|
| 所属団体名 〇〇市 | 負傷または発病年月日 令和2年 2月 14日 |
| 氏名 基金 太郎 | 性別 男・女 昭和62年 4月 5日生 (32歳) |
| 療養給付の内訳及び金額 | 内訳は裏面のとおりに ￥ 1 5 4 8 0 |
| この請求書による療養補償の給付を行った費用を請求します。 令和2年 3月 10日 地方公務員災害補償基金北海道支部長 様 病院または診療所の所在地 〇〇市△△町△△番地 〇×病院 名称 院長 指定 太郎 氏名 | |

指定医療機関が記入

| | | |
|----------------|--|---|
| 振込先を必ず記入して下さい。 | 振込先 〇〇銀行〇〇支店 郵便局 <input checked="" type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金 | ※受理 年 月 日 ※決定 <input type="checkbox"/> 不給 <input type="checkbox"/> 不支給 円 |
| | 口座番号 0123456 | ※決定金額 年 月 日 |
| | フリガナ預金名義者 マルバツビョウイン シテイタロウ 〇×病院 指定太郎 | ※通知 年 月 日 ※支払 年 月 日 |
| | | |

(注意事項) 1 療養給付請求書は※印の欄には記入しないこと。該当する□に、レ印を記入すること。
 2 年月日の記載には元号を用いる。

| | | | | | |
|--------------------|--|--|---|---|-------------------------|
| *10 診療費請求明細 | | (職員氏名) 基金 太郎 | | | |
| 傷病名 | ア 右第1指裂挫傷 | 診療開始日 | ア 令和2年 2月 14日 | 診療期間 | 令和2年 2月14日から |
| | イ ウ | | イ 年 月 日 ウ 年 月 日 | | 令和2年 2月29日まで |
| 初診 | 時間外・休日・深夜 回 288 | | | 診療実日数 | 2 日 |
| 再診 | 再診 73 × 1 回 73 | 傷病の経過 | 令和2年2月14日右第1指を挟んで受傷 外来にて創処置 | | |
| | 外来診療料 × 回 継続管理加算 × 回 外来管理加算 × 回 時間外 × 回 休日 × 回 深夜 × 回 | | | | |
| 指導 | | | | | |
| 在宅 | 往診 回 夜間 回 深夜・緊急 回 在宅患者訪問診察 回 その他 回 薬剤 回 | 転帰 | 令和2年 2月 26日 | | |
| | | | 治癒 | 継続 | 転医 |
| 投薬 | 内服 薬剤 × 単位 回 調剤 × 単位 回 処方 薬剤 × 単位 回 麻毒 調剤 × 単位 回 | 処置 | 術後創傷処置1 52×1 ゲンタシン軟膏 1mg 1g 2×1 | | |
| | | | 手術 | 創傷処置(直径5cm未満・筋肉、 臓器に達しないもの) 470×1 ゲンタシン軟膏 1mg 3g 5×1 (2月14日) | |
| 注射 | 皮下筋肉内 回 静脈内 回 その他 回 | 画像診断 | 上肢伝達麻酔 170×1 キシロカイン注射液1% 10ml 11×1 | | |
| | | | 右第1指(手) X-P 画像記録用フィルム(B4) 1枚 デジタル映像化処置加算 202×1 | | |
| 処置 | 薬剤 1 回 52 1 回 2 | その他 | 処方せん料(6種類以下・後発医薬品を 含む) 68×1 | | |
| 手術・酔 | 薬剤 2 回 640 16 | | 療養担当手当 7×1 | | |
| 検査 | 薬剤 回 回 | | | | |
| 画像診断 | 薬剤 1 回 202 回 | | | | |
| その他 | 75 | | | | |
| 入院 | 入院年月日 | 平成 年 月 日 | 食事 | 基準 | 円× 日間 円× 日間 円× 日間 |
| | 病・診・衣 | 入院基本料・加算 × 日間 × 日間 × 日間 × 日間 | | | |
| | 特定入院料・その他 | | | | |
| 診療報酬点数表により計算できるもの | | 合計点数 1点単価 1,348 × 10 | 13,480 円 | | |
| 診療報酬点数表により計算できないもの | | 診断書料、入院室料差額等 1通(非課税) | 2,000 円 | | |
| 診療費請求合計額 | | | 15,480 円 | | |

指定医療機関が記入

医療機関・薬局に受領委任する場合

様式第6号

1号紙

療養補償請求書

| | | | |
|--|---|--|----------|
| 認定番号 001-0123 請求回数 第 1 回 (令和2年 2 月分) | | | |
| | | 請求年月日 令和2年 3 月 10 日 | |
| 北海道 支部長 殿 下記の療養補償を請求します。 | | 請求者の住所 〇〇郡〇〇町字〇〇 フリガナ ききん はなこ 氏 名 基金 花子 | |
| 1 受補償費用の 受領委任の | この請求書による療養補償の費用の受領を 〇〇病院 北海太郎 に委任します。 委任者の氏名 基金 花子 | | 被災職員が記入 |
| | 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 〇〇病院 所在地 〇〇郡〇〇町字〇〇 氏名(代表者名) 北海 太郎 | | |
| 2 関係する職 事員に | 所属団体名 北海道教育委員会 | | 被災職員が記入 |
| | 所属部局名 〇〇村立〇〇小学校 (電話番号 ×××-××-×××) | | |
| | 職 名 教諭 <input type="checkbox"/> 常 勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員 負傷又は発病の年月日 令和 2 年 2 月 25 日 | | |
| 3 診 療 費 | 内訳は「*10 診療費請求明細」欄記載のとおり | | 15,480 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 <input type="checkbox"/> 看護師の資格 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | 円 |
| 6 移 送 費 | <input type="checkbox"/> 交通費 <input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復 から まで km | | 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) | 15,480 円 |
| 9 送金希望 口座等 | <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 任意の口座を指定する 金融機関名 〇〇銀行 本支店等名 〇〇支店 口座種別 <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 口座番号 0123456 口座名義人 法人機関又は役職の名称(フリガナ) 〇〇病院(マホツビヨクイン) 氏名(フリガナ) 北海 太郎(キタノ タロウ) | | |
| | <input type="checkbox"/> その他 | | |
| | 個人番号 | | |
| * 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 |

医療機関等が記入

医療機関等が記入

【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 診療費請求明細 | | (職員氏名) 基金花子 | | | |
|--|---|--|---|-------------------------|--|
| 傷病名 | ア 右第1指裂性傷 イ ウ | 診療開始日 | ア 令和2年 2月 25日 イ 年 月 日 ウ 年 月 日 | 診療期間 | 令和2年 2月25日から 令和2年 2月28日まで |
| 初診 | 時間外・休日・深夜 回 288 点 | | | 診療実日数 | 2 日 |
| 再診 | 再診 73 × 1 回 73 外来診療料 × 回 継続管理加算 × 回 外来管理加算 × 回 時間外 × 回 休日 × 回 深夜 回 | 傷病の経過 | 令和2年2月25日右第1指を挟んで受傷 外来にて創処置 | | |
| 指導 | | | | | |
| 在宅 | 往診 回 夜間 回 深夜・緊急 回 在宅患者訪問診察 回 その他 薬剤 回 | 転帰 | 令和2年 2月 28日 治癒 <input type="checkbox"/> 継続 <input checked="" type="checkbox"/> 転医 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> | | |
| 投薬 | 内服 薬剤 単位 調剤 × 回 屯服 薬剤 単位 調剤 × 回 外用 薬剤 単位 調剤 × 回 処方 調剤 × 回 麻毒 回 調基 回 | 処置 | 術後創傷処置1 52×1 ゲンタシン軟膏 1mg 1g 2×1 | | |
| 注射 | 皮下筋肉内 回 静脈内 回 その他 回 | 手術 | 創傷処置(直径5cm未満・筋肉、 臓器に達しないもの) 470×1 ゲンタシン軟膏 1mg 3g 5×1 (2月25日) 上肢伝達麻酔 170×1 キシロカイン注射液1% 10ml 11×1 | | |
| 処置 | 薬剤 1回 52 1回 2 | 画像診断 | 右第1指(手) X-P 画像記録用フィルム(B4) 1枚 デンタル映像化処置加算 202×1 | | |
| 手術・酔 | 薬剤 2回 640 回 16 | その他 | 処方せん料(6種類以下・後発医薬品を 含む) 68×1 療養担当手当 7×1 | | |
| 検査 | 薬剤 回 回 | | | | |
| 画像診断 | 薬剤 1回 202 回 | | | | |
| その他 | 75 | | | | |
| 入院 | 入院年月日 | 平成 年 月 日 | | | |
| | 病・診・衣 | 入院基本料・加算 × 日間 × 日間 × 日間 × 日間 × 日間 | | | |
| | 特定入院料・その他 | | 食事 基準 | 円× 日間 円× 日間 円× 日間 | |
| 診療報酬点数表により計算できるもの | | 合計点数 1点単価 | | | |
| | | 1,348 × 10 | 13,480 円 | | |
| 診療報酬点数表により計算できないもの | | 診断書料、入院室料差額等 | | | |
| | | 1通(非課税) | 2,000 円 | | |
| 診療費請求合計額 | | | 15,480 円 | | |
| 上記の事項は事実と相違ないことを証明します。(この欄の記入は、診療に当たった医療機関に療養補償の受領を委任する場合は不要です。) 所在地 診療機関の名称 年 月 日 医師の氏名 | | | | | |

医療機関等が記入

自己負担分を請求する場合（被災職員が記入）

様式第6号

1号紙

| 療養補償請求書 | | 認定番号 | 001-1234 |
|--|--|---|---|
| | | 請求回数 | 第 2 回（令和元 年 10 月分） |
| 地方公務員災害補償基金 北海道 支部長 殿 下記の療養補償を請求します。 | | 請求年月日 | 令和元 年 11 月 14 日 |
| | | 請求者の住所 | 〇〇市西〇〇条南〇丁目〇〇 |
| | | フリガナ 氏 名 | きさん じろう 基金 次郎 |
| 1 受補償費用の 委任者の氏名 | 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。 | | |
| | 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 関被する職 事員に 項に | 所属団体名 | 北海道警察本部 | フリガナ 特シ じろう |
| | 所属部局名 (電話番号 XXX-XXX-XXXX) | 〇〇警察署 | 氏 名 基金 次郎 |
| | 職 名 | 巡査部長 | 昭和 55 年 10 月 10 日生 (31 歳) |
| | | <input type="checkbox"/> 常 勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員 | 負傷又は発病の年月日 令和元 年 10 月 1 日 |
| 3 診 療 費 | 内訳は「*10 診療費請求明細」欄記載のとおり | | 9,060 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 | | |
| | 年 月 日から | 年 月 日まで | 日間 看護師の資格 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| 6 移 送 費 | <input type="checkbox"/> 交通費 | | <input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復 |
| | から | まで | km |
| | | <input type="checkbox"/> その他の移送費 | |
| 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) | 9,060 円 |
| 9 送金希望口座等 | <input checked="" type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する | | |
| | 個人番号 | X X X X X X X X X X X X X X X X | |
| | <input type="checkbox"/> 任意の口座を指定する | | |
| | 金融機関名 | 本支店等名 | |
| 口座種別 | 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） | |
| <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 | | * 通 知 | * 支 払 |
| 円 | | 年 月 日 | 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。

被災職員が記入

| *10 診療費請求明細 | | (職員氏名) 基金次郎 | | | |
|---|--|--|---|----------------------------|------------------------------|
| 傷病名 | ア 頭部挫創 イ ウ | 診療開始日 | ア 令和元年10月 1日 イ平成 年 月 日 ウ平成 年 月 日 | 診療期間 | 令和元年10月 1日から 令和元年10月31日まで |
| 初診 | 時間外・休日・深夜 回 288 点 | | | 診療実日数 | 3 日 |
| 再診 | 再診 73 × 2 回 146 外来管理加算 × 回 時間外 × 回 休日 × 回 深夜 回 | 傷病の経過 | 令和元年10月 1日受傷 外来にて創傷処置、薬物療法施行 症状軽快す | | |
| 導指 | 薬情 1回 10 | | | | |
| 在宅 | 往診 回 夜間 回 深夜・緊急 回 在宅患者訪問診察 回 その他 回 薬剤 回 | 転帰 | 令和元年 10 月 31 日 治癒 継続 転医 中止 死亡 | | |
| 投薬 | 内服 薬剤 5 単位 155 調剤 9 × 1 回 9 屯服 薬剤 単位 調剤 × 回 外用 薬剤 単位 調剤 × 回 処方 42 × 1 回 42 麻毒 回 調基 回 | 投薬 | セフゾン100 3C ヘンラーゼS 3C イサロン 3T 31 × 5 | | |
| 注射 | 皮下筋肉内 回 静脈内 回 その他 回 | 処置 | 術後創傷処置1 42 × 3 | | |
| 処置 | 薬剤 3回 156 | | | | |
| 手術・酔 | 薬剤 回 | | | | |
| 検査 | 薬剤 回 | | | | |
| 画像診断 | 薬剤 回 | | | | |
| その他 | | | | | |
| 入院 | 入院年月日 | 平成 年 月 日 | | | |
| | 病・診・衣 | 入院基本料・加算 × 日間 × 日間 × 日間 × 日間 | | | |
| | 特定入院料・その他 | | 食事 基準 | 円 × 日間 円 × 日間 円 × 日間 | |
| 診療報酬点数表により計算できるもの | | 合計点数 1点単価 | | | |
| | | 806 × 10 | | | 8,060 円 |
| 診療報酬点数表により計算できないもの | | 診断書料、入院室料差額等 | | | |
| | | 1通(非課税) | | | 1,000 円 |
| 診療費請求合計額 | | | | | 9,060 円 |
| 上記の事項は事実と相違ないことを証明します。(この欄の記入は、診療に当たった医療機関に療養補償の受領を委任する場合は不要です。) 所在地 ○○市東○条北○丁目○ 診療機関の名称 ★野整形外科 令和元年10月31日 医師の氏名 ★野哲郎 | | | | | |

医療機関等が記入（上記に代えて医療機関等が発行した領収書及び明細書（いずれも原本）添付も可）

領収書を添付すること