

様式第42号

福祉事業〔外科後処置
アフターケア〕申請書

| | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| 認定番号 | |
| <input type="checkbox"/> 新規 | <input type="checkbox"/> 継続 |
| 第 | 回 |

| | |
|---|--------------------|
| 地方公務員災害補償基金 北海道 支部長 殿 | 申請年月日 年 月 日 |
| 下記の福祉事業〔外科後処置 アフターケア〕を受けたい ので申請します。 | 申請者の住所 フリガナ 氏 名 |

| | | |
|--------------------------------------|----------------------------------|------------------|
| 1 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 | 負傷又は発病の年月日 年 月 日 |
| | <input type="checkbox"/> 令第1条職員 | 治 ゆ 年 月 日 年 月 日 |
| 傷病名及び障害の部位 | | 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 費 用 の 受 領 委 任 | この申請書による外科後処置等の費用の受領を _____ 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 | <input type="checkbox"/> 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 年間 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 円 |

| | | |
|----------------------------------|--|---|
| 7 移 送 費 | <input type="checkbox"/> 交通費 <input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復 回 | 円 |
| | から まで km | |
| <input type="checkbox"/> 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 | 円 |
| | 年 月 日まで | |

| | | |
|------------|--|---|
| 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 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 _____ 口座種別 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 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) _____ |
| | <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 |
| | | <input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 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。

| | | | | | | | | | | | |
|--|-----------|----------|---|-----|---|---|-----|----|-------|---|--|
| *13 医師の証明 | | (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 所在地 医師の氏名 </p> | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|------------------------|------|------------|---------------------------------|------------------------------|------------|----------|----------------|------|-----|------------|---|
| *14 薬剤師の証明 | | | | | (職員氏名) | | | | | | |
| 処方せんを交付した診療機関の | | 名 称 | | | | | | | | | |
| | | 所 在 地 | | | | | | | | | |
| 担 当 医 名 氏 | | 1. | | 3. | | | | | | | |
| | | 2. | | 4. | | | | | | | |
| 調 剤 期 間 | | 年 月 日 | | から | | 年 月 日 | | まで | | 日間 調剤実日数 日 | |
| 医師 番号 | 処方月日 | 調剤月日 | 処 方 | | | 調剤 数量 | 調 剤 報 酬 点 数 | | | | |
| | | | 医 薬 品 名 ・ 規 格 ・ 用 量 ・ 剤 型 ・ 用 法 | | 単 位 薬剤料 | | 薬剤調整料 調剤管理料 | 薬剤料 | 加算料 | | |
| | . | . | | | | 点 | 点 | 点 | 点 | | |
| | . | . | | | | | | | | | |
| | . | . | | | | | | | | | |
| | . | . | | | | | | | | | |
| | . | . | | | | | | | | | |
| | . | . | | | | | | | | | |
| | . | . | | | | | | | | | |
| | . | . | | | | | | | | | |
| | . | . | | | | | | | | | |
| | . | . | | | | | | | | | |
| | . | . | | | | | | | | | |
| | . | . | | | | | | | | | |
| | . | . | | | | | | | | | |
| | . | . | | | | | | | | | |
| | . | . | | | | | | | | | |
| | . | . | | | | | | | | | |
| | . | . | | | | | | | | | |
| | . | . | | | | | | | | | |
| | . | . | | | | | | | | | |
| | . | . | | | | | | | | | |
| 処方せん受付回数 | | 回 | 摘 要 | | | | | | | | |
| 調剤基本料 (点) | | 時間外加算等 (点) | | | 指導料 (点) | | | 合計点数 | | | 点 |
| | | | | | | | | 合計金額 | | | 円 |
| 上記の事項は事実と相違ないことを証明します。 | | | | | | | | | | | |
| 年 月 日 | | | | 薬局の { 名 称 所 在 地 薬剤師の氏名 | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|----------------|---------------|---|-----|--------------------|-----------------|----|----|----|----|----|-------|----------------|--------|--------|--|---------------|--|--------|--------|--------|--|---------------|------------|--|----------|---|---|---|--|----------|---|---|---|
| *15 訪問看護事業者の証明 | | (職員氏名) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 傷病名 | | (訪問看護期間) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 年 | 月 | 日から | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 年 | 月 | 日まで | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 傷病の経過 | | 訪問看護の回数 回 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 基本療養費 (I) (II) | 保健師、助産師、看護師 | 円 × | 回 | 円 | 指示期間 | 年 月 日から 年 月 日まで | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 准看護師 | 円 × | 回 | 円 | | (特別指示期間) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 専門の研修を受けた看護師 | 円 × | 回 | 円 | 主治医への直近報告年月日 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 理学療法士、作業療法士等 | 円 × | 回 | 円 | 訪問日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 加算 | 円 × | 回 | 円 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | (時間) | 円 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 円 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 管理療養費 | 管理療養費 | 円 + | 円 × | 日 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 円 | 29 | 30 | 31 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 管理療養費の加算 | | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 情報提供療養費 | | 円 | 提供した情報の概要 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ターミナルケア療養費 | 死亡年月日 年 月 日 | 円 | 情報提供先の名称 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 合計 | | 円 | <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="4" style="text-align: center;">専門の研修</td> <td style="text-align: center;">基本療養費 (I) (II)</td> <td>1 緩和ケア</td> <td>2 褥瘡ケア</td> </tr> <tr> <td></td> <td>3 人工肛門・人工膀胱ケア</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">専門管理加算</td> <td>1 緩和ケア</td> <td>2 褥瘡ケア</td> </tr> <tr> <td></td> <td>3 人工肛門・人工膀胱ケア</td> <td>4 特定行為 ()</td> </tr> <tr> <td></td> <td>手順書交付年月日</td> <td style="text-align: center;">年</td> <td style="text-align: center;">月</td> <td style="text-align: center;">日</td> </tr> <tr> <td></td> <td>直近見直し年月日</td> <td style="text-align: center;">年</td> <td style="text-align: center;">月</td> <td style="text-align: center;">日</td> </tr> </table> | | | | | | | | | 専門の研修 | 基本療養費 (I) (II) | 1 緩和ケア | 2 褥瘡ケア | | 3 人工肛門・人工膀胱ケア | | 専門管理加算 | 1 緩和ケア | 2 褥瘡ケア | | 3 人工肛門・人工膀胱ケア | 4 特定行為 () | | 手順書交付年月日 | 年 | 月 | 日 | | 直近見直し年月日 | 年 | 月 | 日 |
| 専門の研修 | 基本療養費 (I) (II) | 1 緩和ケア | | | | | | | | | | | 2 褥瘡ケア | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 3 人工肛門・人工膀胱ケア | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 専門管理加算 | 1 緩和ケア | | | | | | | | | | | 2 褥瘡ケア | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 3 人工肛門・人工膀胱ケア | 4 特定行為 () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 手順書交付年月日 | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 直近見直し年月日 | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (備考) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 訪問看護を指示した医療機関の名称及び主治医の氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関の名称 主治医の氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記の事項は事実と相違ないことを証明します。 年 月 日 訪問看護事業者の { 名称 所在地 代表者氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |