

<div style="border: 1px solid red; padding: 2px;"> 診療費（受領委任の場合） </div> 療養補償請求書		認定番号	12-171004	
		請求回数	第 1 回（令和4年 4 月分）	
地方公務員災害補償基金 埼玉県 支部長 殿 下記の療養補償を請求します。		請求年月日	令和4年 5 月 9 日	
		請求者の住所	330-9301 埼玉県上尾市高砂3-15	
		フリガナ 氏名	アゲオ ケイスケ 上尾 圭佑	
1	この請求書による療養補償の費用の受領を	赤浦和病院 鳩山 正巳 に委任します。		
	委任者の氏名	上尾 圭佑		
受補償委任費用の	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	医療法人慈英会 赤浦和病院	
		所在地	埼玉県さいたま市浦和区3-6-1	
氏名（代表者名）		鳩山 正巳		
2	所属団体名	上尾市	フリガナ	アゲオ ケイスケ
	所属部局名 (電話番号 098-765-4321)	保健福祉部高齢者福祉課	氏名	上尾 圭佑
	職名	主任	平成2年 9 月 22 日生 (31 歳)	令和4年 3 月 14 日
3	診療費	内訳は「*10 診療費請求明細」欄記載のとおり		11,920 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"/> 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		円
		から まで km	<input type="checkbox"/> 往復	円
7	上記以外の療養費 (3~6以外)	3,000 円	8 療養補償請求金額 (3~7の合計額)	14,920 円
9	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する			
	個人番号			
	<input checked="" type="checkbox"/> 任意の口座を指定する			
	金融機関名	あげお銀行	本支店等名	上尾支店
口座種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	0000451	
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）			
		医療法人慈英会赤浦和病院（イ）ジエイカイアカウラワビヨウイン） 鳩山正巳（ハトヤママサミ）		
<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	

本人が記入

医療機関が記入

本人が記入

医療機関が記入

[注意事項]

- 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。
- 「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。
- 「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。
- 「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。
- 「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。
- 「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。
- 「*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。
- 「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。
- 年月日の記載には元号を用いる。

診療費（受領委任の場合）

この様式はすべて医療機関に記入してもらうこと

*10 診療費請求明細		(職員氏名) 上尾 圭佑			
傷病名	ア 右足関節捻挫	診療開始日	令和4年3月14日		
初診	時間外・休日・深夜 回数 点	診療期間	令和4年3月14日から 令和4年3月31日まで 診療日数 2日		
再診	再診 時間外・休日・深夜 回数 点	傷病の経過	上記診断にて加療中 外来保存療法施行し、経過良好 療養が長期に渡っている場合には、症状固定かどうか確認すること		
指導		転帰	令和4年3月31日 治ゆ 継続 転医 中止 死亡		
在宅	往診 回数 夜間 回数 深夜・緊急 回数 住宅患者訪問診察 回数 その他 回数 薬剤 回数	<p>摘要</p> <p>初診料3,640円 再診料1,360円 最新時療養指導管理料 920円</p> <p>「別紙のとおり」と記載し、普段お使いのレセプトを添付するのでも構いません。</p> <p>診断書料 3,000円 入院室料差額 円 （※詳細は別添上級室・個室等証明書の）</p>			
投薬	内服 薬剤 回数 外用 薬剤 回数 処方 回数 麻毒基 回数				
注射	皮下 回数 筋肉 回数 内脈 回数 その他 回数				
処置	薬剤 回数 83 回数 5				
手術・麻酔	回数				
検査	薬剤 回数				
画像診断	薬剤 回数 224 回数				
その他	処方箋 136				
入院	入院年月日 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				
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	6,000円		
診療報酬点数により計算できないもの		診断書料・入院室料差額等	8,920円		
診療費請求合計額		消費税法により非課税	14,920円		
<p>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費用の受領を委任する場合は不要です。）</p> <p>年 月 日 診療機関の 名称 所在地 医師の氏名</p> <p>受領委任の場合、この欄の記入は不要です。</p>					

診療費(非受領委任の場合)

療養補償請求書

認定番号		12-171001	
請求回数		第 1 回 (令和4年 6 月分)	
請求年月日		令和4 年 7 月 1 日	
請求者の住所		330-9301 埼玉県熊谷市高砂3-15	
フリガナ 氏 名		クマガヤ アツト 熊谷 篤人	
地方公務員災害補償基金 埼玉県 支部長 殿 下記の療養補償を請求します。			
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 す災 る職 事員 項に	所属団体名	熊谷市	フリガナ
	所属部局名 (電話番号 099-765-4321)	建設部 道路管理課	クマガヤ アツト 氏 名 熊谷 篤人
	職 名	主事 <input checked="" type="checkbox"/> 常 勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員	請求時の年齢 平成4年 8 月 12 日生 (29 歳) 負傷又は発病の年月日 令和4年 6 月 18 日
3 診療費	内訳は「*10 診療費請求明細」欄記載のとおり		21,516 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	年間 (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 <input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復		円
	から	まで km	円
7 上記以外の療養費 (3~6以外)	注8参照 2,000 円	8 療養補償請求金額 (3~7の合計額)	23,516 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 checked="" type="checkbox"/> 任意の口座を指定する 金融機関名 くまがや銀行 本支店等名 熊谷支店 口座種別 <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 口座番号 0004141 口座名義人 法人機関又は役職の名称 (フリガナ) 熊谷篤人 (クマガヤアツト) 氏名 (フリガナ)		
<input type="checkbox"/> その他			
* 受理 (到達した年月日)	所属部局 年 月 日	任命権者 年 月 日	基金支部 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。

本人が記入

非受領委任のため空欄

本人が記入

医療機関が記入

本人が記入

診療費（非受領委任の場合）

この様式はすべて医療機関に記入してもらうこと

*10 診療費請求明細		(職員氏名) 熊谷 篤人			
傷病名	ア 右足外果骨折	診療開始日	令和4年6月18日		
初診	時間外・休日・深夜 回数 点	診療期間	令和4年6月18日から 令和4年6月30日まで 診療日数 6日		
再診	再診 時間外・休日・深夜 回数 点 再診 時間外 50 回数 50 再診 休日・深夜 回数 点	傷病の経過	上記診断にて外来加療中 転記が「治ゆ」となっている場合には、治ゆ報告書を提出すること		
指導		転帰	令和4年6月30日 治ゆ 継続 転医 中止 死亡		
在宅	往診 回数 夜間 回数 深夜・緊急 回数 在宅患者訪問診察 回数 その他 回数	<p>摘要</p> <p>再診料6回 8,160円</p> <p>消炎鎮痛等処置 53×5</p> <p>右足単純撮影 65×3 単純撮影（デジタル撮影） 102×3 電子画像管理加算 57×3</p> <p>処方箋料 68×1</p> <p>「別紙のとおり」と記載し、レセプトを添付する方法でも良い。</p> <p>診断書料 2,000円 診断書は基金に提出したものであるか、確認すること</p> <p>入院室料差額 円 請求がある場合には、上級室・個室等証明書を添付すること (※詳細は別添上級室・個室等証明書の)</p>			
投薬	内服 薬剤 回数 単位 調剤 × 回数 単位 屯服 薬剤 回数 単位 調剤 × 回数 単位 外用 薬剤 回数 単位 調剤 × 回数 単位 処方 回数 単位 麻毒 回数 単位 調基				
注射	皮下筋肉内 回数 静脈内 回数 その他 回数				
処置	薬剤 回数 点 1 回数 83 回数 5				
手術・麻酔	回数				
検査	薬剤 回数 点 5 回数 265				
画像診断	薬剤 回数 点 3 回数 672				
その他	処方箋 68				
入院	入院年月日 年 月 日 病・診・衣 入院基本料・加算 × 日間 × 日間 × 日間 × 日間			食事	基準 円 × 日間 円 × 日間 円 × 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	1,113点 × 12円	13,356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		10,160円		
診療費請求合計額		消費税法により非課税	23,516円		
<p>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費用の受領を委任する場合は不要です。)</p> <p>令和4年7月15日</p> <p>診療機関の 名称 春日部センター病院 所在地 埼玉県春日部市中央区3-5-2 医師の氏名 春日部 豪</p>			医療機関に必ず記入してもらうこと		