

様式第 6 号

薬局（受領委任の場合）

療養補償請求書

1号紙

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
委任者の氏名

おおみや橙薬局 大宮哲二
上尾 圭佑

に委任します。

受補償委任費用の

受任者の

医療機関等の名称

おおみや橙薬局

所在地

埼玉県さいたま市浦和区4-4-2

氏名（代表者名）

大宮 哲二

2

所属団体名

上尾市

所属部局名

保健福祉部高齢者福祉課
(電話番号 098-765-4321)

職名

主任

常勤

令第1条職員

フリガナ氏名

アゲオ ケイスケ
上尾 圭佑

請求時の年齢

平成2 年 9 月 22 日生（31 歳）

負傷又は発病の年月日

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

3,040 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

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

円

年 月 日まで

有

無

6

移送費

交通費

片道

回

円

から まで km

往復

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）

3,040 円

9

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

おおみや銀行

本支店等名

大宮支店

口座種別

普通

口座番号

0000433

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）

株式会社おおみや橙薬局（カ）オオミヤダイダイヤツキョク
大宮 哲二（オオミヤテツジ）

フリガナも含め、正しく御記入ください。

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。

調剤費（受領委任の場合）

この様式はすべて処方箋を受けた薬局に記入してもらうこと

*11 調剤費請求明細				(職員氏名) 上尾 圭佑						
処方せんを交付した診療機関の		名称	赤浦和病院						公務災害で受診した医療機関であるかどうか確認すること	
		所在地	埼玉県さいたま市浦和区3-6-1							
担当医名		1. 鳩山 正巳		3.						
		2.		4.						
調剤期間		令和4年 3月 14日から 令和4年 3月 31日まで 2日間 調剤実日数 2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	
	3 . 14	3 . 14	アドフィードバップ40mg			10	46			
	3 . 28	3 . 28	10cm×14cm 24枚		46	10	46			
	.	.	外用1日2回							
	.	.								
	.	.								
	.	.								
	.	.								
	.	.								
	.	.								
	.	.								
	.	.								
	.	.								
	.	.								
	.	.								
	.	.								
	.	.								
	.	.								
	.	.								
	.	.								
	.	.								
	.	.								
処方せん受付回数		2回	摘要							
調剤基本料（点）		時間外加算等（点）		指導料（点）		合計点数				
						消費税法により非課税 304点				
110						82		合計金額 3,040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、調剤に当たった薬剤師に療養補償の費用の受領を委任する場合は不要です。)										
年 月 日			薬局の		名 称		受領委任（薬局への振込み）の場合は、記入不要			
					所 在 地					
					薬剤師の氏名					

薬局（非受領委任の場合）

療養補償請求書

1 号紙

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 に委任します。
委任者の氏名

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
所 在 地
氏名（代表者名）

非受領委任の場合は、必ず
領収書の原本を添付すること

2

所属団体名 上尾市

所属部局名 保健福祉部高齢者福祉課
(電話番号 098-765-4321)

職 名 主任 ☒ 常 勤 ☐ 令第 1 条職員

フリガナ アゲオ ケイスケ
氏 名 上尾 圭佑
平成2 年 9 月 22 日生（ 31 歳）
負傷又は発病の年月日
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

3,040 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

☐ 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 日間 { 看護師の資格
年 月 日まで ☐ 有 ☐ 無

円

6

移 送 費

☐ 交通費 ☐ 片道 回
から まで km ☐ 往復

☐ 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)

3,040 円

9

☐ 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 あげお銀行 本支店等名 上尾支店
口 座 種 別 ☒ 普通 ☐ 当座 口 座 番 号 0005432
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） 上尾 圭佑 （ アゲオ ケイスケ ）

☐ 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。

本人が記入

非受領委任のため空欄

本人が記入

薬局が記入

本人が記入

調剤費（非受領委任の場合）

この様式はすべて処方箋を受けた薬局に記入してもらうこと

*11 調剤費請求明細				(職員氏名) 上尾 圭佑					
処方せんを交付した診療機関の		名称	赤浦和病院			公務災害で受診した医療機関であるかどうか確認すること			
		所在地	埼玉県さいたま市浦和区3-6-1						
担当医氏名	1. 鳩山 正巳		3.						
	2.		4.						
調剤期間		令和4年 3月 14日から 令和4年 3月 31日まで 2日間 調剤実日数 2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
	3 . 14	3 . 14	アドフィードバップ40mg			10	46		
	3 . 28	3 . 28	10cm×14cm 24枚		46	10	46		
	.	.	外用1日2回						
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
処方せん受付回数		2回	摘要						
調剤基本料（点）		時間外加算等（点）		指導料（点）		合計点数			
						消費税法により非課税 304点			
110						合計金額 82 3,040円			
上記の事項は事実と相違ないことを証明します。						非受領委任（本人口座振込み）の場合は、記入すること			
(この欄の記入は、調剤に当たった薬剤師に療養補償の費用の受領を委任する場合は不要です。)									
令和4年 5月 15日									
薬局の						名称 さいたま市浦和区4-4-2			
						所在地 おおみや橙薬局			
						薬剤師の氏名 大宮 哲二			