

記入例3 薬局（受領委任の場合）  
様式第6号

1号紙

療養補償請求書		認定番号	12-171001	
		請求回数	第1回(24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	平成24年 5月 9日	
		請求者の住所	〒330-9301 さいたま市浦和区高砂3-15	
		ふりがな	あげお けいすけ	
		氏名	上尾 圭佑 (印)	
1 補償費用委任の	この請求書による療養補償の費用の受領を おおみや病院院長 大宮 哲二 に委任します。 委任者の氏名 上尾 圭佑 (印)			
	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 { 住所 さいたま市浦和区4-4-2 医療機関等の名称 おおみや橙薬局 氏名(代表者名) 大宮 哲二 (印) }			
2 被災する職員に項	所属団体名	所属部局名 (電話番号 098-765-4321)		
	氏名 上尾 圭佑 50年 9月22日生(37歳)	保健福祉部 高齢者福祉課 職名 主任 ■常勤 □常勤的非常勤 負傷又は発病の年月日		
3 診療費	内訳は「*10 診療費請求明細」欄記載のとおり		18,000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	
	平成 年 月 日から 日間 { 看護師の資格 } 平成 年 月 日まで □有 □無		円	
6 移送費	□交通費 から まで キロメートル □片道 □往復 回		円	
	□その他の移送費		円	
7 上記以外の療養費			円	
8			18,000円	
9 送金希望の場合	振込み	振込先金融機関名	法人機関又は役職の名称(個人名義の場合は記入不要です。)	
		〇〇銀行 △△支店	株式会社 おおみや橙薬局	
		口座番号 0000433		
	送金小切手	銀行 支店	(フリガナ) おおみや てつじ 氏名 大宮 哲二	
その他				
*受理 平成 年 月 日		*通知 平成 年 月 日		*支払 平成 年 月 日
				*決定金額 円

処方箋を受けた  
薬局が記入

- [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、第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」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、その領収書及び明細書を添付すること。
  - 6 「\*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。
  - 7 「診療報酬点数表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。
  - 8 「請求者の氏名」の欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができる。

【連絡先】〒330-9301 埼玉県さいたま市浦和区高砂 3-15-1 (埼玉県総務部人事課内)  
地方公務員災害補償基金 埼玉県支部 電話 048-830-2437

