

療養補償請求書

		認定番号		
		請求回数	第	回( 年 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	年	月 日
		請求者の住所		
		フリガナ 氏 名		
1 受補償 費用の 委任の	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 災 職 事 員 に	所属団体名 埼玉県教育委員会	フリガナ		
	所属部局名 (電話番号 _____)	氏 名		
	職 名 <input type="checkbox"/> 常 勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員	負傷又は発病の年月日	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			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	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 _____ から _____ まで _____ km <input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復 _____ 回			円
	<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)	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 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		

[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。

【連絡先】 〒330-9301 埼玉県さいたま市浦和区高砂3-15-1  
教育局教育総務部教職員課 総務・公務災害補償担当 電話048-830-6665

### 療 養 費 の 内 訳

(            年    月 分 )

負傷名		負傷の原因												
診療期間	年 月 日から	診療日	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10										診療 実日数	日
	日		11 12 13 14 15 16 17 18 19 20											
	年 月 日まで		21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31											
現在の状況	年 月 日	傷病の経過												
	<input type="checkbox"/> 治ゆ <input type="checkbox"/> 継続中 <input type="checkbox"/> 転医 <input type="checkbox"/> 中止													
施術の種類												施術料金		
初検料	初検年月日	年 月 日	時間外・深夜 休日加算							円	千	円		
再検料	回	円	指導管理料	回	円									
往療料	離(離) km	回	1回 円	夜間・難路							円			
				暴風雨雪加算										
整復 固定料 初回処置	傷病名及び部位		回数	1回の料金	特別材料料		円							
	イ	回	円											
	ロ													
	ハ													
	ニ													
後療料	イ	回	円	包帯交換料		円								
	ロ													
	ハ													
	ニ													
	電療料	イ 回	ロ 回	ハ 回	ニ 回									
お灸	冷灸法	イ 回	ロ 回	ハ 回	ニ 回									
	温灸法	イ 回	ロ 回	ハ 回	ニ 回									
その他	文書料		<input type="checkbox"/> 認定請求用 <input type="checkbox"/> 休業証明											
	合 計										千	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費用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  
柔道整復師の氏名

年 月 日