

様式第 6 号

記入漏れのないように

療養補償請求書

1 号紙

療養補償請求書

認定番号 12-171004
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

氏名 上尾 圭佑 (印)

1 補償受領費用委任の

この請求書による療養補償の費用の受領を、赤浦和病院 院長 川平 正巳 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3-6-1
医療機関等の名称 医療法人 慈英会 赤浦和病院
氏名 (代表者名) 川平 正巳 (印)

2 被関災する職員の事項

所属団体名

〇〇 市

氏 名

上尾 圭佑

50年 9月22日生 (37歳)

所属部局名 (電話番号 098-765-4321)

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

平成24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

□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

平成 年 月 日まで

看護士の資格
□有 □無

円

6 移送費

□交通費 から まで キロメートル □片道 □往復

円

□その他の移送費

7 上記以外の療養費

円

8 療養補償請求金額 (3~7の合計額)

11,920円

9 送金希望の場合

振込先金融機関名

〇〇銀行 △△支店

口座番号 0000451

■普通預金 □当座預金

送金小切手 銀行 支店

その他

預金名義者名

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。)

医療法人 慈英会 赤浦和病院 院長

(フリガナ) かわひら まさみ

氏 名 川平 正巳

*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

本人が記入

医療機関で記入

〔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
4 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
5 うとする場合にのみ記入すること。
6 「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
7 れに代わる証明書及び明細書を添付すること。
8 「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料及び「3 診療
9 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
10 を添付すること。
11 「*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
12 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
13 看護事業者の証明書を添付してもよいこと。
14 「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、
15 入院室料差額等）を記入すること。
16 「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

この欄はすべて医療機関に記入してもらうこと

2号紙

*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	ア平成24年 3月14日		診療期間	平成24年3月14日から		
	イ 時間外・休日・深夜				イ平成 年 月 日			平成24年3月31日まで		
					ウ平成 年 月 日		診療実日数		2日	
認定傷病名以外の傷病名が入っていないか確認すること				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					
指 導				転	平成 24 年 3 月 31 日					
在 宅				帰	治	ゆ	継 続	転 医	中 止	死 亡
投 薬				摘 要						
				初診料 3,640円 再診料 1,360円 再診時療養指導管理料 920円						
				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						
注射				診断書は基金に提出したものであるか、確認すること						
処置				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						
手術・検査				診断書料 円						
画像診断				入院室料差額 円 (※詳細は別添上級室・個室等証明書のとおり)						
その他				食事 基準 円×日間 円×日間 円×日間						
入院				合計点数 500 × 1点単価 12 6,000 円						
診療報酬点数表により計算できるもの				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 5,920 円						
診療費請求合計額				11,920 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。)										
平成 年 月 日										
診療機関の { 所在地 名称 医師の氏名										
印										