

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  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		
		ふ り が な		
		氏 名		
1 補償費用の受領委任	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。			
	住 所			
	受任者の 氏名 (代表者名)			
	医療機関の名称			
2 被災職員の関する事項	所属団体名 埼玉県教育委員会		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	
	年 月 日生 ( 歳)		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 日間 ( 看護師の資格 ) 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
6 移送費	<input type="checkbox"/> 交通費 回 から まで キロメートル <input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 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)			円	

9 送金希望の場合	振 込 み	振込先金融機関名 銀行 支店		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。)
		口座番号			
		<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金			
	送金小切手	銀行 支店		(フリガナ) 氏 名	
	そ の 他				

*受理 (到達した年月日)	所 属 部 局		任 命 権 者		基 金 支 部	
	年 月 日		年 月 日		年 月 日	
*通知 年 月 日		*支払 年 月 日		*決定金額 円		

- 【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 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・退職手当担当 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					
	年 月 日まで			11 12 13 14 15 16 17 18 19 20															
				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		往復 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														
	イ		回		円		特別材料料		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。)																			
年 月 日										所在地 診療機関の名称 柔道整復師の氏名									