

地方公務員災害補償
療 養 費 請 求 書

(年 月分・第 回請求分)

(あて先) 地方公務員災害補償基金埼玉県支部長

下記の療養費を請求します。

年 月 日

医療機関の { 郵便番号
所在地
名称
氏名
電話番号

請求金額	百	十	万	千	百	十	円
------	---	---	---	---	---	---	---

(請求金額の内訳は裏面のとおりに)

※負傷又は 発病年月日	年 月 日	※認定番号	
※所属団体 ・ 部 局		※ふりがな 氏 名	

送金先	振込先銀行	銀行			支店
	預 金 種 目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	<input type="checkbox"/> 座 番 号		
	振 込 口 座	ふりがな 預 金 名 義			

(「預金名義」の欄は、通帳に記入してあるとおりに正しく記入してください。)

注1 医療機関の方へ

(この欄は空欄で結構です。)

- (1) この請求書は、医療機関等との契約(協定)に基づき、公務上又は通勤により負傷し又は疾病にかかった地方公務員が診療を受ける際に使用するものです。
なお、療養に要した費用は、地方公務員災害補償基金埼玉県支部から口座振替の方法により直接支払いますので、本人には請求しないでください。
- (2) この請求書は、被災職員別に作成し、月ごとに、
〒330-9301 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 宛てに提出してください。
- (3) 療養費は協定料金により支払います。
- (4) 請求に当たり疑義のある場合は、地方公務員災害補償基金埼玉県支部(TEL 048-830-2437)にお問い合わせください。

通 知	年 月 日
支 払	年 月 日
決定金額	円

注2 被災職員(公務災害担当者)の方へ

- (1) この請求書は、地方公務員災害補償基金埼玉県支部の指定医療機関で受診する場合にのみ使用してください。
- (2) 初診の際(認定後)は、この請求書のほかに「療養の給付請求書(様式第5号)」を必ず提出してください。

注3 ※印欄は、被災職員(公務災害担当者)が必ず記入してください。

※公務災害担当者	課名		氏名		電話	
----------	----	--	----	--	----	--

診療費請求明細					(職員氏名)									
傷病名	ア イ ウ				診療開始日	ア イ ウ	年 年 年	月 月 月	日 日 日	診療期間	年 年	月 月	日 日	から まで
初診	時間外・休日・深夜				回	点				診療実日数	日			
再診	再 外 来	診 料 算 加	×	回	再 外 来	診 料 算 加	×	回	再 外 来	診 料 算 加	×	回	再 外 来	診 料 算 加
診	再 外 来	診 料 算 加	×	回	再 外 来	診 料 算 加	×	回	再 外 来	診 料 算 加	×	回	再 外 来	診 料 算 加
指 導					転	年				月				
在 宅	往 夜 深 宅 そ の	診 間 急 診 他 の	回	回	帰	治 ゆ	継 続	転 医	中 止	死 亡				
投 薬	内 屯 外 処 麻 調	服 服 用 方 毒 基	×	単 位										
注 射	皮 下 筋 肉 内 内 他	×	×	×										
処 置	薬 剤													
手 術 ・ 酔	薬 剤													
検 査	薬 剤													
画 診 像 断	薬 剤													
その他														
入 院	入 院 年 月 日 病・診・衣	年 月 日 入院基本料・加 算												
		× 日間												
		× 日間												
		× 日間												
		× 日間												
	特定入院料・その他				食 事	基準	円 ×		日間					
診療報酬点数表により計算できるもの					合計点数 × 1点単価					円				
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					円				
診療費請求合計額										円				