

記入例5 接骨院（受領委任）

様式第6号

1号紙

療養補償請求書		認定番号	12-161005				
		請求回数	第1回(24年7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 8月 29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	かわごえ ゆうと				
		氏名	川越 佑都				
1 補受償領費用任の	この請求書による療養補償の費用の受領を 赤三接骨院 院長 東松山雅史 に委任します。 委任者の氏名 川越 佑都						
	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 さいたま市桜区3-15 医療機関等の名称 赤菱接骨院 氏名(代表者名) 東松山雅史 }						
2 被災する職員に項	所属団体名 〇〇市		所属部局名 (電話番号 098-765-4321) 総務部 管財課				
	氏名 川越 佑都 55年12月12日生(32歳)		職名 主任 <input checked="" type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 負傷又は発病の年月日 平成24年 7月 2日				
3 診療費	内訳は「*10 診療費請求明細」欄記載のとおり		6,400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				
	平成 年 月 日から 日間 <input type="checkbox"/> 看護士の資格 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 平成 年 月 日まで		円				
6 移送費	<input type="checkbox"/> 交通費 から まで キロメートル <input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復		円				
	<input type="checkbox"/> 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)			6,400円				
9 送金希望の場合	振込み	振込先金融機関名 ××銀行 〇〇支店	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。) 赤菱接骨院			
		口座番号 0003331					
	送金小切手	銀行 支店	(フリガナ) ひがしまつやま まさし 氏名 東松山 雅史				
	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	

〔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 「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

接骨院が記入

この欄はすべて接骨院に記入してもらうこと

[様式 6 号 療養補償請求書]

■ 初請求

□ 継続請求

※ 1 0

療 養 費 の 内 訳

(平成 2 4 年 7 月 分)

負傷名	左肩捻挫	負傷の原因	通勤時に転倒し、負傷したもの																
診療期間	平成 2 4 年 7 月 2 日から 平成 2 4 年 7 月 3 1 日まで	診療日	1 ② 3 4 ⑤ 6 7 ⑧ 9 10 ⑪ 12 13 ⑭ 15 16 ⑰ 18 19 ⑳ 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	診療 実日数	7 日														
現在の状況	平成 2 4 年 7 月 3 1 日 ■ 治 ゆ □ 継続中 □ 転医 □ 中止	傷病の経過	7 月 2 日に初診。 上記傷病に対し、加療を行い、経過良好につき、7 月 2 0 日で治ゆ																
施術の種類	初検年月日 平成 2 4 年 7 月 2 日										時間外・深夜 休日加算	円	施 術 料 金	千 円	円				
初 検 料	1 回 3 2 0 円										指導管理料	2 回 1, 3 6 0 円	円	1	6	8	0		
再 検 料	距離 (片道) km	回	1 回 円	夜間・難路 暴風雨雪加算										円					
往 療 料	傷病名及び部位										回 数	1 回の料金	円	特別材料料	円				
整 復 料	イ 左肩捻挫										1 回	8. 9 0		9 7 0		1	8	6	0
固 定 料	ロ																		
初回処置	ハ																		
	ニ																		
後 療 料	イ 左肩捻挫										1 回	6. 1 0	包帯交換料	円			6	1	0
	ロ																		
	ハ																		
	ニ																		
電 療 料	イ	回	ロ	回	ハ	回	ニ	回											
あん法料	冷あん法	イ	回	ロ	回	ハ	回	ニ	回										
	温あん法	イ	回	ロ	回	ハ	回	ニ	回										
そ の 他	文 書 料										□ 認定請求用	□ 休業証明							
合 計													千 円	6	4	0	0		
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 名 所 在 地 称 柔道整復師の氏名																			

接骨院を受診した日に○を付ける

療養の経過をなるべく詳細に記載してもらうこと