

療養補償請求書

認定番号 314-00000
請求回数 第 回 (年 月分)

地方公務員災害補償基金山形県支部長 殿 〒990-8570 山形市松波二丁目8番1号 山形県庁6F 総務部総務厚生課内	請求年月日 平成 28 年 7 月 20 日
下記の療養補償を請求します。	請求者の住所 ○○町○○11-12 ふりがな あさひ かずや 氏 名 朝 日 一 也

1 補受 償領 費委 用任 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 _____ 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。 住所 _____ 受任者の 医療機関等の名称 _____ 氏名 (代表者名) _____ 印 _____
--	--

2 被関 災す 職る 員事 に項	所属団体名 ○○町	所属部局名 (電話番号 AAA-0000) 総務部 0000課
	氏 名 朝 日 一 也	職 名 主 事 <input checked="" type="checkbox"/> 常 勤 <input type="checkbox"/> 常勤的非常勤
	平成 元 年 12 月 6 日生 (27 歳)	負傷又は 発病の年月日 平成 28 年 6 月 26 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
	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	円

6 移 送 費	<input type="checkbox"/> 交通費 _____ 回	円
	から まで キロメートル <input type="checkbox"/> 往復	
	<input type="checkbox"/> その他の移送費	

7 上記以外の療養費	補装具 13,390円
------------	-------------

8 療養補償請求金額 (9-7の合計額)	13,390円
-------------------------	---------

9 送 金 希 望 の 場 合	振込先金融機関名 ○○銀行 △△支店	預 金 名 義 者 名 (フリガナ) 氏 名 アサヒ カズヤ 朝 日 一 也
	口座番号 0123456	
	<input checked="" type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金	
	送金小切手 銀行 支店	
そ の 他		

*受理 平成 年 月 日	*通知	*支払	*決定金額
-----------------	-----	-----	-------

【注意事項】

※ この様式に、治療の種類(コルセット、補装具、訪問看護など)に応じた医療機関の証明書と領収書(原本)を添付してください。
⇒ 次頁に補装具の場合の証明書例を掲載しています。

- 請求者は、*印の欄には記す。
- 「認定番号」の欄は、第1欄に記載する。
- 「1 補償費用の受領委任者」の欄は、療養補償の費用の受領を委託する医療機関等の名称、氏名(代表者名)を記入し、印を捺すこと。
- 「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。
- 「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、その領収書及び明細書を添付すること。
- 「*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。
- 「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。
- 「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。

※13 治療材料（コルセット、**固定装具等**）の証明

本5号紙に替えて、2号紙に同様の内容が記載されており、医師の証明を受けていなければなりません。

被災職員氏名	朝 日 一 也
傷 病 名	左足間接捻挫
発病、負傷年月日	平成 28年 6月 26日
入院・外来の別	入 院 ・ 外 来
必要とする理由	足間接固定のため、下肢装具の装着を要する。
医師の証明 <small>保険医療機関及び保険医療 養担当規則第6条に基づく 証明（無償証明）</small>	平成 28年 7月 20日 所在地 ○○町○○19-20 医療機関名 医療法人○○整形外科 医師の氏名 山 形 次 郎 