

(2) 指定医療機関以外の医療機関で療養を受けた場合 (被災職員自己負担なし) 1号紙
(基金から医療機関へ直接払います。)

様式第6号 療養補償請求書

		認定番号	〇〇〇〇〇〇〇〇				
		請求回数	第 〇 回 (〇 年 〇 月分)				
地方公務員災害補償基金 大分県 支部長 殿		請求年月日	令和 〇 年 〇 月 〇 日				
下記の療養補償を請求します。		請求者の住所 (〒〇〇〇-〇〇〇〇)	〇〇市〇〇町〇〇番地				
		ふりがな	おおいた たいろう				
		氏名	大分太郎				
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 〇〇病院 〇 〇 〇 〇 に委任します。						
	委任者の氏名 大分太郎						
2 被災職員の事項	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	〇〇市△△町〇〇番地	医療機関等の名称	〇〇病院			
所属団体名		〇〇市					
氏名		大分太郎					
所属部局名 (電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇)		〇〇課 〇〇係					
職名		主事 <input checked="" type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤					
負傷又は発病の年月日		令和 〇 年 〇 月 〇 日					
3 診療費	内訳は「*10 診療費請求明細」欄記載のとおり		239,928 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				
	令和 年 月 日から	令和 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 〇 〇 〇 〇 〇 〇 から 〇 〇 〇 〇 〇 〇 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		円				
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)	239,928 円						
9 送金希望の場合	振込み	振込先金融機関名	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。)				
		〇〇銀行 〇〇支店	〇〇病院				
		口座番号 〇〇〇〇〇	(フリガナ)				
		<input checked="" type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金	氏名 〇〇〇〇				
	送金小切手	銀行 支店					
	その他						
*受理	令和 年 月 日	*通知	令和 年 月 日	*支払	令和 年 月 日	*決定金額	円

請求者が記入します。

医療機関が記入します。

請求者が記入します。

医療機関が記入します。

[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。
- 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。

この面は、医療機関に記入してもらってください。

*10 診療費請求明細			(職員氏名) 大分太郎			
傷病名	ア 右大腿筋挫傷		診療開始日	ア 令和 ○年○月○日	診療期間 ○年○月○日から ○年○月○日まで	
	イ	ウ		イ 令和 年 月 日		ウ 令和 年 月 日
初診	時間外・休日・深夜 回 点				診療実日数 22日	
再診	再外 来診 続管 理問 診時 候深 夜	診料 算外 日 夜	× × × × ×	回 回 回 回 回	傷病の経過 左大腿筋挫傷後硬結あり 投薬、理学療法を行う	
指導			転			
在宅	往夜 深在 そ の 薬	診問 急診 他	回 回 回	令和 ○年 ○月 ○日 治 ゆ (継続) 転 医 中 止 死 亡 摘 要		
投薬	内服 外用 処麻 調	薬調 剤調 剤調 剤調	16 単 位 391	内服薬剤 イダロン 3丁 } 26×3 メチコバル 3丁 } イダロン 3丁 } 28×10 メチコバル 3丁 } (500) A M 散 3.9g } 外用薬剤 モビラート 50g 154×1		
			× 1 単 位 154			
注射	皮下 筋脈 の 内他	内他	入院3 × 17 単 位 51	食 基準 円× 日間 事 円× 日間 円× 日間		
			× 1 単 位 51			
処置	薬 剤		回	診療報酬点数表により計算できるもの 合計点数 19,994 × 12 点単価 239,928 円		
手術・酔	薬 剤		回			
検査	薬 剤		回	診療費請求合計額 239,928 円		
画像断	薬 剤		回			
その他	運動療法 (65×1.5) × 17回		1,666	診療機関の { 所在地 名称 医師の氏名		
入院	入院年月日 病・診・衣	平成 年 月 日 入院基本料・加算	× 日間 × 日間 × 日間 × 日間			
院	特定入院料・その他					