

(4) 被災職員が療養費を支払った場合
証拠書類として領収書を添付してください。

1号紙

様式第6号

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 大分県 支部長 殿 | | 請求年月日 | 令和 ○年○月○日 | | | | |
| 下記の療養補償を請求します。 | | 請求者の住所 (〒○○○) | ○○市○○町○○番地 | | | | |
| | | ふりがな | 大分太郎 | | | | |
| 1 受領委任の補償費用の | 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 _____ | | | | | | |
| 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 医療機関等の名称 氏名(代表者名) _____ | | | | | | | |
| 2 被災職員に | 所属団体名 | ○○市教育委員会 | | | | | |
| | 所属部局名 (電話番号○○-○○○○) | ○○図書館 | | | | | |
| 氏名 | 大分太郎 | | | | | | |
| 職名 | 主事 <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 常勤的非常勤 | | | | | | |
| 負傷又は発病の年月日 | 令和 ○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 | 13,504 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 日間 (看護師の資格) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 円 | | | | | |
| 6 移送費 | <input type="checkbox"/> 交通費 円 まで キロメートル <input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復 回 | 2,100 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) | 15,604 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。) | | | | |
| | | ○○銀行 ○○支店 | | | | | |
| | | 口座番号 ○○○○ | | | | | |
| | | <input checked="" 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 オオ イタ タ ロウ 大分太郎 | | | |
| | 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 |

移送費の請求には通院証明書(支部様式第11号)の添付が必要です。

〔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
- 4 うと薬師若しく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
- 5 「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。
- 6 「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」に含める必要治療材料の名称、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。
- 7 「*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。
- 8 「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。
- 9 「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。

通院証明書

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-----------------|----|------|-----------|----|----|----|----|-------|------|----|----|----|----|----|----|----|--|--|--|--|--|--|
| 所属 | 〇〇市〇〇図書館 | | 認定番号 | 〇〇〇〇〇〇〇〇〇 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | 大分太郎 | | 傷病名 | 右大腿切創 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 担当医師の証明欄 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 診療期間 | 自 | 令和 | 〇 | 年 | 〇 | 月 | 〇 | 日 | 診療実日数 | 5 日間 | | | | | | | | | | | | | |
| | 至 | 令和 | 〇 | 年 | 〇 | 月 | 〇 | 日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 〇年〇月 (5 日間) | 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 | | | | | | |
| | 年 月 (日間) | 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 | | | | | | |
| | 年 月 (日間) | 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 | | | | | | |
| 通院した日に○印をつけてください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり治療のため通院したことを証明する。 令和 〇年 〇月 〇日 医療機関の { 所在地 〇〇市〇〇町〇〇番地 名称 〇〇外科病院 担当医師 〇 〇 〇 〇 印 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

医療機関で記入してもらいます。

| | | | |
|--|---|----------------------|-----------------|
| 通院方法 | 電車(汽車) | バス (会社名: 〇〇バス(株)) | その他 (具体的に:) |
| 通院区間 距離・運賃 | から まで 片道 km 〇〇 駅(停留所) から 〇〇 駅(停留所) まで 片道 210 円 駅(停留所) から 駅(停留所) まで 片道 円 | | |
| 上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 〇年 〇月 〇日 証明者 〇〇市△△町××番地 職・氏名 〇〇バス株式会社 | | | |

- 〔注意事項〕
- ① 通院方法は、該当するものを○で囲むこと。
 - ② 公共交通機関による場合は、運賃について証明を受けること。
 - ③ その他の方法による通院の場合は、方法と距離について所属長による証明を受けること。
 - ④ 職場より通院している日がある時は出勤簿を添付のこと。

