

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新潟県支部長 殿	請求年月日 年 月 日
下記の療養補償を請求します。	請求者の住所 ----- ふりがな ----- 氏 名 -----

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 ----- 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 被災関する事項	所属団体名	所属部局名 (電話番号 -----)
	氏名	職名 <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員
	年 月 日生 (歳)	負傷又は発病の年月日 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	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
	年 月 日から 年 月 日まで 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 片道 ----- 回 から まで キロメートル <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)		円

9 送金希望の場合	振込み	振込先金融機関名	預金名義者	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	(フリガナ) 氏 名		
	<input 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 (到達した年月日)	所属部局 年 月 日	任命権者 年 月 日	基金支部 年 月 日
* 通知 年 月 日	* 支払 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 年月日の記載には元号を用いる。

* 12 訪問看護事業者の証明								
傷病名		(職員氏名)						
傷病の経過		(訪問看護期間)						
		年 月 日から						
		年 月 日まで						
基	保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士	訪問看護の回数 回						
本	円 × 回 円	指 示 期 間	指示期間					
療	円 × 回 円		年 月 日から 年 月 日まで					
養	准看護師	(特別指示期間)						
費	円 × 回 円	年 月 日から 年 月 日まで						
(I)	円 × 回 円	主治医への直近報告年月日 年 月 日						
(II)	加算 円 × 回 (時間) 円	訪問日						
管理療養費	管理療養費	1 2 3 4 5 6 7						
	円 + 円 × 日 円	8 9 10 11 12 13 14						
	管理療養費の加算	15 16 17 18 19 20 21						
	円 円	22 23 24 25 26 27 28						
	円 円	29 30 31						
情報提供		提供した情報の概要						
療養費	円	情報提供先の市区町村名						
ターミナルケア		(備考)						
療養費	死亡年月日 年 月 日 円 日							
合計	円							
訪問看護を指示した医療機関の名称及び主治医の氏名								
医療機関の名称								
主治医氏名								
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、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する場合は不要です。)								
年 月 日								
訪問看護事業者の								
所在地								
名称								
代表者氏名								