指定医療機関用

療養の給付請求書

				番号		-				
地方公務	务員災	後害補償基金北海道支部長 様	請求年月	B 今	和2 年	3 月	4 ∃			
	-	指定医療機関等における療養の 対します。	請求者の住所 〇〇市〇〇町〇〇番地							
1 被 関 ず	所属	^{団体} ○○市	所属部局	^名	部〇〇記	果 〇(つ係			
の職員に する事項	氏	名 基金 太郎	職	^名 主任		常口令	勤 第1条職員			
	昭	<i>和62</i> 年 4 月 5 日生(3 2 歳)	負傷また発病の年月		打2 年。	2 月	14 🛭			
2療養を受定医療機関	新	所在地 〇〇市△△町△△番地	名称 🥻	D×病院						
を受けれる。	旧	所在地	名称							

(注意事項) 療養の給付請求書は被災職員が第1回目の請求時並びに指定医療機関を変更した場合のみ記載すること。

療養給付請求書

認 定 番 号 **001-2351** 請 求 回 数 第**1**回

所属団体名	1	00	市		-	傷また! 病年月		1	和	2 年	2 月	1	4 日		
氏 名	1	基金,	太郎		性 別	男	·女	昭和	∏62	丰 4 月	5 ⊟:	生(<i>32</i> 歳)	
療養給付及 び	· の内訳 金 額	内訴	は裏	面	のと	おり	ı		¥	1	5	4	8	0	

この請求書による療養補償の給付を行った費用を請求します。

令和2年 **3**月 10日

地方公務員災害補償基金北海道支部長 様

病院または診療所
〇〇市△△町△△番地

の 所 在 地 **ク×病院**

氏 名 **院長 指定 太郎**

振込:		振 込 先	〇〇 銀行 〇〇 支店 郵便局	※受 理	年	月 日
振込先を必ず記入下さい。	振		当垂通預金 □当座預金	※決定□不 給 □不支給		円
す記入し	込	口座番号	0123456	※決定金額	年	月 日
して	み	フリガナ	マルバツビョウインシティタロウ	※通 知	年	月 日
		預金名義者	O×病院 指定太郎	※支 払	年	月 日

(注意事項) 1 療養給付請求書は※印の欄には記入しないこと。該当する口に、レ印を記入すること。

2 年月日の記載には元号を用いる。

*10	診療費請求明細	(暗	_{競員氏名)} 基金 太郎
傷	ア 右第1指裂挫傷		ア 令和2年 2月 14日 診 令和2年 2月14日から
病	1	診療	春
名	ウ	開始	イ 年月 日 期間 令和2年 2月29日まで
初診	時間外・休日・深夜 回 288 点	日	ウ 年 月 日 診療実日数 2 日
	再 診 73 × 1回 73		
	外来診療料 × 回	,,,	令和2年2月14日右第1指を挟んで受傷
再	継続管理加算 × 回	傷	
	外来管理加算 × 回	病の	外来にて創処置
診	時 間 外 × 回	経	
	休 日 × 回	過	
指導	深 夜 回		
旧等	往診回		
在	在 ii 回 夜 II 回	転	令和2 年 2 月 26 日
114	深夜・緊急回	帰	V et
	在宅患者訪問診察 回	7113	治癒機続 転医 中止 死亡
宅	その他		摘
	薬 剤 回		1向 女
	内 薬剤 単位		
投	服 調剤 ※ 回 薬剤 単位	処置	# 術後創傷処置1 52×1 ゲンタシン軟膏 1mg 1g 2×1
1X	屯 調剤 × 回		グンダンン軟膏 Img Ig ZAI
	服 薬剤 単位		
	調剤 図	手徘	
薬	処方 × 回 麻毒 回		臓器に達しないもの) 470×1
	調基		ゲンタシン軟膏 1mg 3g 5×1 (2月14日)
注	皮下筋肉内 回		(2月14日)
	静脈内回		上肢伝達麻酔 170×1 キシロカイン注射液1% 10ml 11×1
射	その他回		キシロカイン注射液1% 10ml 11×1
処	1回 52		
処 置	薬 剤 1 回 2	画像	★ 右第1指(手) X-P
手麻	2回 640	診開	f 画像記録用フィルム(B4) 1枚
術 ・ 酔	薬 剤 回 16		デジタル映像化処置加算 202×1
			
検 査	薬剤回	その	加方せん料(6種類以下・後発医薬品を
	1回 202	他	加方せん料(6種類以下・後発医薬品を 含む) 68×1
画診像断	薬剤回		
その	来一角		療養担当手当 7×1
他	75		
	入院年 平成 年 月 日		
入	月日		
	病・診・ 入院基本料・加算 衣 日間		
院			
	× 日間		
	× 日間		
	米 日間		П У ПВ
	特定入院料・その他	食事	円× 日間 5 基準 円× 日間
			円×日間
診療報	B酬点数表により計算できるもの		計点数 1点単価 348 × 10 13, 480 円
		-	× 10
診療報	B酬点数表により計算できないもの		听書料、入院室料差額等 (/非課税) 2,000 円
診療費	清求合計額		15, 480 🖽

医療機関・薬局に受領委任する場合

様式第6号

医

療 機 関 等 が

記

入

医 療 機 関 等 が 記 入

																						1号組
				痞	姜浦	賞請求	·聿				認	定	番	号			00	1 -	01	23		
				7/八	民間	貝明小	· 目				請	求	回	数	第	1	回	(合利	12	年	2	分)
地方:	公務	員災	害補信	償基金		-to-to	or 817 - 8185.	<u> </u>	請求年月	日		- 1	令	12	年	i	3		月		10	日
	***			北海	直	文 尚	『長 殿		請求者の	住所		201	郡〇		字00)						
	下記	の療	養補	償を請求	とします。				フリガ	ナ		ききん										
									氏	名	ž	基金	1	子								
1		ت	の請	求書によ	る療養補	捕償の費用	の受領を		OX病院	# #	海太月	鄋								に委	任しま	きす。
A	44						者の氏名		基金花													
受神領	賞	上	記委	任に基っ	がき、こ <i>の</i>	,			の費用の		上請求	しま	す。									
委员任月							関等の名		O×病院													
1.00	カ			受伯	E者の く	所	在	地	00郡0		字00	0										
						氏名	(代表者名	1)	北海太	郎				***								
2		所属	属団体	名北海	每道教育	委員会					フリ	リガナ	-	キキン	רלח							
関複	披	_		0	2440	0.1.244				\dashv	氏		名	基金	花子	Z						
する事	災	所屬	萬部 后	名	○村立 ○(VV_1	~~		, I	1177		Fra	,	0 41	. 1/	0 11	10	п.	. ,	E1	歳)
事員	員	_		(1	記前番万	XXX-		常			負傷ス	7143	和		0 年	- 10	9 月	10	口生	: (54	加火)
項	Ĺ	職		名 教諭	谕			- 0	, 6第1条職		只断ノ	人 (4)	#E7P3	令和		2	年		2	月	25	日
3		診	療	費	内訳け	[*10 彭			」欄記載		ts n			13 114			-	_		71	15, 48	
4	_	調	剤	費		20 002 075			1」欄記載(10, 10	円
									訪問看護			E明」	欄	記載の	のとお	ŋ						円
5	3	看	護	料		年	月		日から					看	護師の	資格	1					200
						年	月		日まで		ŀ	日間			有口	無						円
					口交通	通費									片道							
6	j	移	送	費		カ	16		ま	で		k	cm		往復		口					円
					□ その	の他の移送	費											1				
7	Ŀ	記以	外の	療養費					円	8	療主	美補 信	賞請	求金	額						15 10	<u>а</u> Ш
Ľ		(3~	- 6以	(外)					н	0	(3	~ 7	の台	合計名	頁)						15, 48	V Fi
9		公金	受取	口座を利	川井する																	
		個	人	番号								\perp				\perp						
达	V	任意	の口	座を指定	ぎする																	
金希		金融	機関	目名	00銀	ケ					本支	店等	名		003	店						
望口		口月	至 種	別	☑ 普通	重	口 当座	Ĕ			口座	番	号		012	34	56					
座等		口座	名章	17,00000		スは役職の	名称(フ	リガ	(ナ)	OX	病院	(PN)	ハック	t*301	(2)							
			-0.0	H	名(フリ	リガナ)			3	北海	太上	郭 (<i>‡90</i>	3 91	17)							
\Box		その	他																			
* 3	受	理		j	所 属	部 局			É	£ 命	ì権	者	2					基金	È 3	支 音	FIS .	
(到達し	した年	月日)		年		月	日		年			月			日		年			月		日
* 1	决 5	定金	額			円	* 通	知		年		月		日	* \$	į į	4		年		月	日

[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、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。
- 「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(3~6以外)」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、併せてその領収書及び明細書を添付すること。
- 「9 送金希望口座等」の欄は、公金受取口座への送金を希望する場合は、送金先金融機関名等の口座登録情報を記入する必要 はないこと。なお、「法人機関又は役職の名称」については、個人名義の場合は記入不要であること。
- 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 年月日の記載には元号を用いる。

被 災 職 員 が 記 入

被 災 職 員 が 記 入

*10	診療費請求	明細			(月	職員	氏名) <mark>基</mark>	£ £	龙 花	子				
傷	ア 右第1指裂性	 坐傷			7.4	ア	令和2	年 2	月 25 日	診	令和2	2年 2月2	25 日から	
病	イ				診療					療期				
名	ウ				診療開始	イ		年月	月 日	間	令和2	2年 2 月2	28日まで	
初診	時間外・休日・海		旦 28		Î	ウ		年	月 日	診	療実日数		2	日
		7 3 × 1		' 3		۵	エロのた	- - 0 F	- - 	. +_ (ᄬᆟ	_ +d+ /	一一一	
玉	外来診療料	·	回		傷	Ţ	和2年	トント	125日	白!	第〕指で	と狭ん	で受傷	
再	継続管理加算		回		病	M	来に	ア創	加胃					
→ Λ	外来管理加算		回		の	71	イント	ניהו כ	だ。但					
診	時間外		回		経									
	休 日 海		回回		過									
指導	深夜		日		-									
用等	往診		□		+									
在	夜間		回		転		令	和2	年	2	28	日		
	深夜・緊急		口		帰	31/5	. /	6N/	(cdr	±→	re:	-	TE +	
	在宅患者訪問診察 そ の 他	察 [口		7.1	治	癒	継	続	転	医	中止	死 亡	
宅	東 剤		旦			_	_	摘	_	-		要	_	
	内服 薬剤					-								
um.	調剤		回		処計		術後	釧傷	処置1				52×	1
投	屯服 薬剤	単位	.—			_	ゲング	影 沉	、軟膏	1r	ng 1	g	2×	
	調剤		回				•	-				_		
	外用 薬剤 調剤	単位							ووار كـــــــ د	_		44.4		
薬	脚削 加力		旦		手作	析	創傷?	処 連	(直径	5cr	n未満))	-筋肉	`- -	
*	麻毒		旦				[版]	二连	しない	もひ))		470 ×	
	調其					İ	ケング	スシン	ノ 軟 言	٦r	ng 3	g	5×	וו
注	皮下筋肉内		囯				(2月2	20 F	1)					
4-4	静脈内		回				上时	二達	麻酔				170×	, ₁
射	その他	I	旦			İ	丰兴	纺	"门注!	针液	71%	10ml	11 ×	
処 置		1	回 52	2			1	- /-		7316	(170	10		•
置	薬剤	1	旦 2	2										
手麻		2	四 64	.n	画	· i	 五第	1指((手)X	P.				
術 ・ 酔	薬剤		回 16		診	盺	画像	记録	用フィ	ルŁ	(B4) 置加算	1枚		4
					-		テンク	ヌノレ	哭 像化	,処[重加昇		202×	1
検 査	薬剤		旦											
н.	来 Au		<u> </u>		そ	ന	加方·	₩ X	·邾(6	插墨	百以下	- 後 癸	医薬品	. 本
画診			回 20 :	2	他		含む)		/ / 11 ()	作主人	9001	- 19人 プレ	68×	
像断	薬剤	Γ	口				ц 🔾 ,							•
その						-	療養	担当	手当				7×	1
他				75										
		平成 年	月	目]	İ								
	病・診・衣 入	入院基本料・カ												
入		×	日間 日間											
		×	日間											
mile		×	日間			İ								
院		×	日間											
	特定入院料・その	の他				.				円×	日間			
					食事	事	基準			円×	日間			
沙皮把	<u> </u> 酬点数表により	11. 営ってきる	+ m		<u>Д</u> :	÷L,⊢		点単位		円×	月日			
部/駅 FIX	間点数衣により	計算 じさる	8 W			計 348						13,	480	円
診療報	酬点数表により	計質できか	いもの	1	+		<u>.</u> 料、入院				1			
ID/JA TIA	町	日弁へじか,	1.04>				ハヂ、 / \ / \ /	135.417	左傾守			2,	000	円
診療費	請求合計額				1 44	8/21	- BANTULA					15	480	円
		TU/#**/ / ~	1. チ、まて	·메미 카리	<u> </u>	~ a	ト=の言	1717		- VL +	・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・			
	の事項は事実と 委任する場合は			:明します 折 在		_ 0	ノ惻り記	八八	、砂原に	Ĺ∃/	こつに広ク	別機関に	- 旗套畑 🎚	負 (ノ)
又原で	安圧する勿口は	・小安くり。) 診療機関		ッ 名 名	122 彩	h .								
		1077月17天1	対 の	1	42	1,								

医師の氏名

年 月 日

被 災 職 員 が 記 入

7 D 6ff

自己負担分を請求する場合(被災職員が記入)

様式第6号

		1 芳祇
	療養補償請求書	認 定 番 号 001-1234
	派及間段開 れ自	請 求 回 数 第 2 回(令和元 年 10 月分)
地方公	務員災害補償基金 請求年	月日 令和元 年 11 月 14 日
	北海道 支部長 殿 請求者の	D住所
下	記の療養補償を請求します。	ガナ ききん じろう
	氏	名 基金 次郎
1	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	
受補		支払を請求します。
領償委費		
任用	ELTAN E TO UN	
の	氏名(代表者名)	
0	(以在 (八次有石)	3.51 J. 3.5° mili
2	所属団体名 北海道警察本部	フリガナ キキン ジェウ
88 5 4		氏 名 基金 次郎
関被す災	所属部局名	
る職事員	(電話番号 XXX-XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX) 昭 和 55 年 10 月 10 日生(31 歳)
項に		勤 負傷又は発病の年月日
	□ 令第1条腦	能員 令和 元 年 10 月 1 日
3	診療費 内訳は「*10 診療費請求明細」欄記載	せ のとおり 9,060 円
4	調 剤 費 内訳は「*11 調剤費請求明細」欄記載	せのとおり 円
	□ 訪問看護 内訳は「*12 訪問看護	隻事業者の証明」欄記載のとおり 円
5	看 護 料 年 月 日から	看護師の資格
	年月日まで	日間 日 月 日
	□ 交通費	口片道
C		回
6	1700 1701 150 p 100 100 100 100 100 100 100 100 100	まで km 口 往復 円
	□ 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 9,060 円
	(3~6以外)	(3~7の合計額)
9 🗷	3 公金受取口座を利用する	
	個 人 番 号 X X X X	x
送	1 任意の口座を指定する	
金	金融機関名	本支店等名
希望	口座種別 口普通 口当座	口座番号
口座	口座名義人 法人機関又は役職の名称 (フリガナ)	
等	氏名(フリガナ)	
-		
. _] その他	

* 受 理	所	属 部 局			任 命	権者				1	基金	支 部	3	
(到達した年月日)	年	月	日		年	月		日		年		月		日
* 決定金	2 額	円	* 通	知	年	月	日	*	支	払	年		月	日

[注意事項]

- 1 請求者は、*印の欄には記入しないこと。また、該当する口にレ印を記入すること。
- 「認定番号」の欄は、1回目の請求においては、記入する必要はないこと。 「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。
- 「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
- 「7 上記以外の療養費 $(3\sim6$ 以外)」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、併せてその領収書及び明細書を添付すること。
- 「9 送金希望口座等」の欄は、公金受取口座への送金を希望する場合は、送金先金融機関名等の口座登録情報を記入する必要 はないこと。なお、「法人機関又は役職の名称」については、個人名義の場合は記入不要であること。
- 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。
- 「診療報酬点数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 年月日の記載には元号を用いる。

*10	診療費請求明細	(職員氏名) <mark>基 金 次 郎</mark>
傷	ア・頭部挫割	ア 令和元 年10月 1日 診 令和元 年10月 1日から
病 名	ウ	診 療 開 イ平成 年 月 日 令和元 年1 0 月 31 日まで
初診	時間外・休日・深夜 回 288 点	日 ウ平成 年月 日 診療実日数 3 日
再診	再 診 73× 2 回146 外来管理加算 × 回 時 間 外 回 休 日 × 回 深 夜	傷病 令和元年10月 1日受傷 外来にて創傷処置、薬物療法施行
導 指	薬情1回 10	過し症状軽快す
在	往 診 回	□ 令和元 年 10 月 31 日
114	夜 間 深 夜・緊 急 回 在宅患者訪問診察 回	帰 治 癒 継 続 転 医 中 止 死 亡
宅	その他薬剤回	摘
投薬	内服 薬剤 5 単位 155 調剤 9× 1回 9 电服 薬剤 単位 専門 単位 単位 水用 薬剤 単位 調剤 × 回 処方 42× 1回 42	投業セフゾン100 3C ヘェンラーゼS 3C イサロン 3T31×5処置術後創傷処置142×3
	調基 回	
注射	皮下筋肉内 回 静脈内 回 その他 回	
処 置	3 回 156 薬 剤 回	
手術・酔	回 薬 剤 回	領収書を添付すること
検 査	回 薬 剤 回	
画診像断	回 薬 剤 回	
その 他		
入院	入院年月日 平成 年 月 日 病・診・衣 入院基本料・加算 × 日間	
	特定入院料・その他	食事 基準 円× 日間 円× 日間 円× 日間
診療報	酬点数表により計算できるもの	合計点数 1点単価 806 × 10 8,060 円
	酬点数表により計算できないもの	診断書料、入院室料差額等 1.000 円
	請求合計額	9,060 円
		「。(この欄の記入は、診療に当たった医療機関に療養補償の地 〇〇市東〇〇条北〇丁目〇 称 ★野整形外科
令		所 東京電 ルバイ ○氏名 ★ 野 哲 郎