

指定医療機関用

療養の給付請求書

		認定 番号	—	
地方公務員災害補償基金北海道支部長 様		請求年月日 年 月 日		
下記の指定医療機関等における療養の給付を請求します。		請求者の住所 [〒] 氏 名		
1 被 災 職 員 に 関 する 事 項	所属団体名	所属部局名		
	氏 名	職 名	<input type="checkbox"/> 常 勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員	
	年 月 日生 (歳)	負傷または発病の年月日 年 月 日		
2 療 養 を 受 け よ う と す る 指 定 医 療 機 関	新	所在地	名称	
	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	—	請 求 回 数	第	回
所属団体名		負傷または発病年月日	年 月 日			
氏 名		(性別) 男・女	(年令)	年 月 日生 (歳)		
療養給付の内訳及び金額	内 訳 は 裏 面 の と お り					円
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。						
年 月 日						
地方公務員災害補償基金北海道支部長 様						
病院または診療所の所在地 名 称 氏 名						

振 込 先 を 必 ず 記 入 し て く だ さ い	振込先金融機関名	銀行 支店	*受 理	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 普通預金	<input type="checkbox"/> 当座預金	*決定 <input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 不支給	年 月 日
	口座番号		*決定金額	円
	フリガナ預金名義者		*通 知	年 月 日
			*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□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。

診療費請求明細				(職員氏名)						
傷病名	ア	診療開始日	ア	年	月	日	診療期間	年	月	日から
	イ		イ	年	月	日		年	月	日まで
ウ	ウ		年	月	日	診療実日数	日			
初診	時間外・休日・深夜	回	点							
再診	再診	×	回	傷病の経過						
	外来診療料	×	回							
	継続管理加算	×	回							
	外来管理加算	×	回							
	時間外	×	回							
休日	×	回								
深夜	×	回								
指導										
在宅	往診	回								
	夜間	回								
在宅	深夜・緊急	回								
	在宅患者訪問診察	回								
	その他	回								
投薬	内服	薬剤調剤	×	回	転帰	年 月 日				
	屯服		×	回		治癒	継続	転医	中止	死亡
	外用	薬剤調剤	×	回		摘 要				
	処方		×	回						
	麻毒調基			回						
注射	皮下筋肉内			回						
	静脈内			回						
	その他			回						
処置				回						
	薬剤			回						
手術・酔				回						
	薬剤			回						
検査				回						
	薬剤			回						
画像診断				回						
	薬剤			回						
その他										
入院	入院年月日		年 月 日							
	病院	特3	基1	入院時基本診療料(入院料) (室料・看護料・給食料)						
	診療所	特2	基2	食有	×	日間				
	基食	特1 I	基本	食無	×	日間				
	普食	特1 II	他1	特食	×	日間				
	基寝・衣	基 I	他2	入院時医学管理料			×	日間		
入院	基 I	他2				×	日間			
	基 II	他3				×	日間			
その他										
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	円				
診療報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		円				
診療費請求合計額				円						

室料差額の内訳

室料の種類	人部屋	1日の室料金額	円
期間	年 月 日～ 年 月 日		
金額	1日 円× 日間= 円		
入室の理由			