

<記載例>

被災職員が作成し、指定医療機関に提出

認定通知書の番号を記入

様式第5号

療養の給付請求書

認定番号 〇〇-〇〇〇〇〇〇

|  |  |                                      |
|--|--|--------------------------------------|
| 地方公務員災害補償基金広島県支部長様<br><br>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。 | 請求年月日 平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日  |                                      |
|  | 請求者の住所 〇〇市〇〇町〇〇番地  |                                      |
| 氏名 <small>ふりがな</small> みよし なつみ 三 次 夏 美               |  | 所属団体名 〇〇〇〇〇〇組合<br>所属部局名 〇〇〇事務所〇〇課〇〇係 |
| 1 被災職員に関する事項<br>氏名 三 次 夏 美<br>〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日生 (〇〇歳)  | 職名 主任 <input checked="" type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 常勤的非常勤<br>負傷又は発病の年月日 平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 |                                      |
|  | 2 療養を受けようとする指定医療機関等<br>(新) 所在地 〇〇市〇〇町〇〇番地<br>名称 〇〇中央病院<br>(旧) 所在地<br>名称                                      |                                      |

|  |          |     |          |
|--|----------|-----|----------|
| *受理  | 平成 年 月 日 | *通知 | 平成 年 月 日 |
| *決定 <input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 不支給 | 平成 年 月 日 |     |          |

[注意事項]

- 請求者は、\*印の欄には記入しないこと。また、該当する□に✓印を記入すること。
- 「2 療養を受けようとする指定医療機関等」の欄には、請求者が療養を受けようとする指定医療機関等の所在地及び名称を記入し、現在療養を受けている指定医療機関等を変更しようとする場合には、新旧の指定医療機関等の所在地及び名称を記入すること。
- 「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。



- 指定医療機関以外で、診療費を受領委任払する場合の記載例
- 被災職員及び医療機関が記入・押印して所属に提出
- 治療が長期にわたる場合は、原則として月1回提出

様式第6号

## 療養補償請求書

|                                    |  |  |   |       |
|------------------------------------|--|--|---|-------|
|                                    |  | 認定番号   | 20-200999   |       |
|                                    |  | 請求回数   | 第1回(20年4月分)   |       |
| 地方公務員災害補償基金広島県支部長様                 |  | 請求年月日  | 平成20年5月30日  |       |
| 下記の療養補償を請求します。                     |  | 請求者の住所   | 〇〇市〇〇町〇〇番地  |       |
|                                    |  | ふりがな   | あきじろう<br>安芸 二郎 (安芸)   |       |
| 1<br>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  |  | 甲医院 に委任します。   |       |
|                                    | 委任者の氏名   |  | 安芸 二郎 (安芸)  |       |
| 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   | 〇〇市〇〇町〇〇番地  |       |
|                                    |  | 医療機関等の名称   | 甲医院   |       |
|                                    |  | 氏名(代表者名)   | 甲 一郎 (甲)  |       |
| 2<br>被災する職員事項                      | 所属団体名  | 〇〇市  |   |       |
|                                    | 所属部局名(電話番号〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇)  | 〇〇部〇〇課〇〇係  |   |       |
|                                    | 氏名   | 職名   | 主事 <input checked="" type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 常勤的非常勤 |       |
|                                    | 安芸 二郎  |  |   |       |
|                                    | S〇〇年〇〇月〇〇日生(〇〇歳)   | 負傷又は発病の年月日   | 平成20年4月23日  |       |
| 3                                  | 診療費  | 内訳は「*10 診療費請求明細」欄記載のとおり  | 202,228 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   |       |
|                                    |  | 平成 年 月 日から 平成 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   | 円   |       |
|                                    |  | から まで キロメートル <input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復 回         | 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)  | 202,228 円  |   |       |
| 9<br>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  | コウ イン   |       |
|                                    | 口座番号   | 〇〇〇〇〇〇〇〇   | 甲 医院  |       |
|                                    | <input checked="" type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金 | (フリガナ)   |   |       |
| 送金小切手                              | 銀行   | 支店   | 氏名 コウ イチロウ  |       |
| その他                                | 甲 一郎   |  |   |       |
| *受理                                |  | *通知  | *支払   | *決定金額 |
| 平成 年 月 日                           |  | 平成 年 月 日   | 平成 年 月 日  | 円     |

認定通知書の番号を記入

被災職員が記入・押印

医療機関が記入・押印

〔注意事項〕

- 請求者は、\*印の欄には記入しないこと。また、該当する□に√印を記入すること。
- 「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。
- 「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」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。
- 「\*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」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。
- 「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。

認定傷病名以外のものが記載されていたら、追加認定の手続が必要となる場合があります。

この面は医療機関が記入  
(レセプト添付でもよい)

| *10 診療費請求明細  |           |                              |      | (職員氏名) 安芸 二郎           |                    |             |      |                    |    |    |
|--|-----------|------------------------------|------|------------------------|--------------------|-------------|------|--------------------|----|----|
| 傷病名  | ア         | 左下腿骨骨折                       |      | 診療開始日                  | ア                  | 平成 年 月 日    | 診療期間 | 平成 20 年 4 月 23 日から |    |    |
|  | イ         |                              |      |                        | イ                  | 平成 年 月 日    |      | 平成 20 年 4 月 30 日まで |    |    |
| 初診   | 時間外・休日・深夜 | 回                            | 点    | 傷病の経過                  | 緊急手術施行後、ギブス固定、安静加療 |             |      |                    |    |    |
|  | 再診        | 再診                           | ×    |                        | 回                  | 転           |      |                    |    |    |
| 再診   | 外来診療科     | ×                            | 回    | 転                      | 平成 20 年 4 月 30 日   |             |      |                    |    |    |
|  | 継続管理加算    | ×                            | 回    |                        | 帰                  | 治           | ゆ    | 継続                 | 転医 | 中止 |
| 再診   | 外来管理加算    | ×                            | 回    | 摘要                     |                    |             |      |                    |    |    |
|  | 時間外       | ×                            | 回    | 初診料 3,640 円            |                    |             |      |                    |    |    |
| 再診   | 休日        | ×                            | 回    | 救急医療管理 6,000 円         |                    |             |      |                    |    |    |
|  | 深夜        | ×                            | 回    | 室料加算 4,500×3=13,500 円  |                    |             |      |                    |    |    |
| 指導   |           |                              |      | 入院時食事療養費 8 日分 18,400 円 |                    |             |      |                    |    |    |
| 在宅   | 往診        | 回                            |      | 公務災害用診断書 1 通 2,000 円   |                    |             |      |                    |    |    |
|  | 夜間        | 回                            |      | 投薬                     | ○                  | ○           | ○    | ○                  | 17 | ×  |
| 深夜・緊急  | 回         |                              | ○    |                        | ○                  | ○           | ○    | 5                  | ×  | 7  |
| 在宅   | 在宅患者訪問診察  | 回                            |      | ○                      | ○                  | ○           | ○    | 6                  | ×  | 1  |
|  | その他       | 回                            |      | ○                      | ○                  | ○           | ○    | 2                  | ×  | 1  |
| 在宅   | 薬剤        | 回                            |      | ○                      | ○                  | ○           | ○    | 7                  | ×  | 2  |
|  | 内服        | ○×○                          | ○単位  | ○                      | ○                  | ○           | ○    |                    |    |    |
| 投薬   | 調剤        | ○×○                          | 回    | ○                      |                    |             |      |                    |    |    |
|  | 外用        | ×                            | 単位   | 回                      |                    |             |      |                    |    |    |
| 投薬   | 処方        | ○×○                          | 回    | ○                      |                    |             |      |                    |    |    |
|  | 麻毒調基      | ○×○                          | 回    | ○                      |                    |             |      |                    |    |    |
| 注射   | 皮下        | 回                            | 11   | 処置                     | 術後創傷処理 75×5        |             |      |                    |    |    |
|  | 筋内        | 回                            |      |                        | 下肢プラスチックギブス 1200×1 |             |      |                    |    |    |
| 注射   | 静脈        | 回                            |      | ○○ ○○×○                |                    |             |      |                    |    |    |
|  | その他       | 回                            |      | 手術                     | 骨折非観血整復術 1780×1    |             |      |                    |    |    |
| 処置   | 薬剤        | 7回                           | 518  |                        | 麻酔                 | ○○ ○○×1     |      |                    |    |    |
|  | 薬剤        | 回                            |      |                        |                    |             |      |                    |    |    |
| 手術・麻酔  | 薬剤        | 2回                           | 3090 |                        |                    |             |      |                    |    |    |
|  | 薬剤        | 回                            |      |                        |                    |             |      |                    |    |    |
| 検査   | 薬剤        | 回                            |      |                        |                    |             |      |                    |    |    |
|  | 薬剤        | 回                            |      |                        |                    |             |      |                    |    |    |
| 画像診断   | 薬剤        | 回                            |      |                        |                    |             |      |                    |    |    |
|  | 薬剤        | 回                            |      |                        |                    |             |      |                    |    |    |
| その他  |           |                              |      |                        |                    |             |      |                    |    |    |
|  |           |                              |      |                        |                    |             |      |                    |    |    |
| 入院   | 入院年月日     | 平成 20 年 4 月 23 日             |      | 食事                     | 基準                 | 円×          | 日間   |                    |    |    |
|  | 病・診・衣     | 入院基本料・加算<br>1061 × 8 日間 8488 |      |                        | 円×                 | 日間          |      |                    |    |    |
| 入院   |           |                              | 円×   | 日間                     |                    |             |      |                    |    |    |
|  |           |                              | 円×   | 日間                     |                    |             |      |                    |    |    |
| 入院   |           |                              | 円×   | 日間                     |                    |             |      |                    |    |    |
|  |           |                              | 円×   | 日間                     |                    |             |      |                    |    |    |
| 入院   | 特定入院料・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               | 13,224 × 12 |      | 158,688 円          |    |    |
| 診療報酬点数により計算できないもの  |           |                              |      | 診断書料・入院室料差額等           |                    |             |      | 43,540 円           |    |    |
| 診療費請求合計額   |           |                              |      |                        |                    |             |      | 202,228 円          |    |    |
| <p>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、診療に当たった医療機関に療養補償の費用の受領を委任する場合は不要です。)</p> <p>所在地 診療機関の 名称 医師の氏名</p> <p>平成 年 月 日</p> |           |                              |      |                        |                    |             |      |                    |    |    |

受領委任  
私の場合  
記入不要

- 被災職員が薬剤費を自己負担した場合の記載例
- 被災職員及び医療機関（薬局）が記入・押印した後、領収証書などを添付して、被災職員が各所属に提出

この面は被災職員が記入

様式第6号

薬局

療養補償請求書

|      |             |
|------|-------------|
| 認定番号 | 20-200999   |
| 請求回数 | 第2回（20年6月分） |

|                    |                             |
|--------------------|-----------------------------|
| 地方公務員災害補償基金広島県支部長様 | 請求年月日 平成20年7月5日             |
| 下記の療養補償を請求します。     | 請求者の住所 〇〇市〇〇町〇〇番地           |
|                    | ふりがな あきじろう<br>氏名 安芸二郎 (安芸印) |

|                |   |
|----------------|---|
| 1<br>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。<br>委任者の氏名.....(印)   |
|                | 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。<br>受任者の { 住所.....<br>医療機関等の名称.....<br>氏名(代表者名).....(印) } |

記入不要

|               |                             |   |
|---------------|-----------------------------|---|
| 2<br>被災する職員事項 | 所属団体名 〇〇市                   | 所属部局名 (電話番号〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇) 〇〇部 〇〇課 〇〇係  |
|               | 氏名 安芸二郎<br>S〇〇年〇〇月〇〇日生(〇〇歳) | 職名 主事 <input checked="" type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 常勤的非常勤<br>負傷又は発病の年月日 平成20年4月23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   | 1,820 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       |
|                      | 平成 年 月 日から 平成 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 〇〇から 〇〇まで キロメートル <input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復 回 | 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) |   | 1,820 円 |

|           |       |   |                             |
|-----------|-------|---|-----------------------------|
| 9 送金希望の場合 | 振込み   | 振込先金融機関名 〇〇銀行 〇〇支店<br>口座番号 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇<br><input checked="" type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金 | 預金名義者名 (フリガナ) 氏名 アキジロウ 安芸二郎 |
|           | 送金小切手 | 銀行 支店   |                             |
|           | その他   |   |                             |

|              |              |              |         |
|--------------|--------------|--------------|---------|
| *受理 平成 年 月 日 | *通知 平成 年 月 日 | *支払 平成 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V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」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 「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。



- 入院に係る特別室の室料差額を請求する場合に医療機関が作成
- 被災職員が療養補償請求書に添付して各所属へ提出

地方公務員災害補償

## 特別室必要証明書

|   |   | 認定番号                 | 20-200999                   |                      |                             |
|---|---|----------------------|-----------------------------|----------------------|-----------------------------|
| 所属  | 〇〇市〇〇部〇〇課〇〇係  | 氏名                   | 安芸 二郎                       |                      |                             |
| 傷病名   | 左下腿骨骨折  | 災害発生日                | 平成 20 年 4 月 23 日            |                      |                             |
| 入院期間  | 平成 20 年 4 月 23 日から 20 年 4 月 30 日まで  |                      | 8 日間                        |                      |                             |
| 特別室を必要と認めた<br>具体的理由<br>(該当するものに○を付けて、下の括弧にその内容を分かりやすく記載してください。) | <p>ア 病状重篤で絶対安静を必要とし、又は手術のため常時監視を要する場合など、療養上他の患者から隔離しなければ適切な診療が行えない場合</p> <p>イ 傷病の状態から、隔離しなければ他の患者の診療を著しく妨げる場合</p> <p>ウ 普通室が満床で、かつ、緊急に入院療養させる必要がある場合</p> <p>エ その他特別な事情がある場合</p> <p><b>受傷直後来院<br/>複雑骨折しており、症状が重篤であったため、緊急手術を施行。<br/>術後は絶対安静が必要であった。<br/>また、術後の管理として、症状の急変に備え医師又は看護師が常時監視し、随時適切な処置を講ずる必要があると認められたため。</b></p> |                      |                             |                      |                             |
| 貴院の等級別病室明細  | 呼称(収容定員)<br>(例:個室、上級室)  | 個室<br>(1人)           | 上級室<br>(2人)                 | 3人部屋<br>(3人)         | 普通室(人部屋)<br>(6人部屋)          |
|   | 室数  | 7 室                  | 12 室                        | 12 室                 | 31 室                        |
|   | 1日あたりの室料差額  | 8,000 円              | 4,500 円                     | 2,000 円              | 0 円                         |
| 被災職員<br>使用状況  | 上記病室を必要とした<br>期間  | 年 月 日 ~<br>年 月 日(日間) | 20年4月23日 ~<br>20年4月25日(3日間) | 年 月 日 ~<br>年 月 日(日間) | 20年4月23日 ~<br>20年4月25日(3日間) |
|   | 各室の<br>差額合計   | 円                    | 円                           | 円                    | 0 円<br>(合計 13,500 円)        |
| 備考  | 上記のとおり相違ないことを証明します。<br><br>平成 20 年 5 月 27 日<br><br>所在地 〇〇市〇〇町〇〇番地<br><br>医療機関 名称 甲 医院<br><br>担当医師 甲 一郎 (甲) 印  |                      |                             |                      |                             |

(注) 療養補償は、医学療養上必要な最小限度のものについてのみ行われるものですので、特別室を被災職員の希望により使用した場合には、その使用料(室料差額)については、被災職員個人が負担することとなります。