

- 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 ○○-○○○○○○○  
 請求回数 第1回 (○○年○月○分)

認定通知書の番号を記入

地方公務員災害補償基金広島県支部長様  
 請求年月日 令和○○年○月○日  
 請求者の住所 ○○市○○町○○番地  
 フリガナ 氏名 アキ ジロウ 安芸 二郎

被災職員が記入

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 甲医院 に委任します。  
 委任者の氏名 安芸 二郎  
 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 ○○市○○町○○番地  
 医療機関等の名称 甲医院  
 氏名(代表者名) 甲 一郎

2 被災する職員に項  
 所属団体名 ○○市  
 氏名 アキ ジロウ 安芸 二郎  
 所属部局名 ○○部 ○○課 ○○係  
 (電話番号○○○○-○○-○○○○)  
 職名 主事  常勤  令第1条職員  
 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 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  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 日間 看護師の資格  有  無 円  
 年 月 日まで  片道  往復 回  
 6 移送費  交通費 から まで キロメートル  片道  往復 回 円  
 その他の移送費  
 7 上記以外の療養費 (3~6以外) 円 8 療養補償請求金額 (3~7の合計額) 202,228 円

医療機関が記入

9 送金希望口座等  
 公金受取口座を利用する  
 個人番号   
 任意の口座を指定する  
 金融機関名 ○○ 銀行 ○○ 支店  
 口座種別  普通預金  当座預金 口座番号 ○○○○○○○○  
 口座名義人 法人機関又は役職の名称(フリガナ) コウ イン 甲 医院  
 氏名(フリガナ) コウ イチロウ 甲 一郎  
 その他

*受理 (到達した日)	所属部局 年 月 日	任命権者 年 月 日	基金支部 年 月 日
*決定金額	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□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 「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」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

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 年 月 日	診療期間	令和〇年〇月〇日から		
	イ		イ 年 月 日		令和〇年〇月〇日まで		
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 緊急手術施行後、 ギプス固定、安静加療			
	外来診療科	×	回				
	継続管理加算	×	回				
	外来管理加算	×	回				
	時間外	×	回				
休日	×	回	転 令和〇年〇月〇日				
深夜	×	回					
指導							
在宅	往診	回	摘 要				
	夜間	回					
	深夜・緊急	回					
	在宅患者訪問診察	回					
その他	回	初診料 3,760 円 救急医療管理 6,000 円 室料加算 4,500×3=13,500 円 入院時食事療養費 8日分 18,400 円 公務災害用診断書 1通 2,000 円					
投薬	内服 薬剤				〇×〇	〇単位	〇〇〇
	調剤					回	〇
	屯服 薬剤				×	単位	
	調剤					回	
薬	外用 薬剤				×	単位	
	調剤					回	
処方	〇〇×〇				回	〇〇	
注射	皮下 筋肉内				回	11	
	静脈内				回		
処置	その他	回					
	薬剤	7回	518				
手術	麻酔	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	令和〇年〇月〇日					
	病・診・衣	入院基本料・加算 1061 × 8 日間 8488 × 日間 × 日間 × 日間 × 日間					
院	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	158,688 円			
診療報酬点数により計算できないもの		13,224×	12	43,660 円			
診療費請求合計額		202,348 円					
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。)							
年 月 日		診療機関の		所在地 名称 医師の氏名			

受領委任  
払の場合  
記入不要