

- 被災職員が薬剤費を自己負担し、公金受取口座を利用する場合の記載例
- 被災職員及び医療機関（薬局）が記入した後、領収証書などを添付して所属に提出

療養補償請求書

認定番号	〇〇-〇	この面は被災職員が記入
請求回数	第 2 回 (〇 〇 年 〇 月 分)	

薬局

地方公務員災害補償基金広島県支部長様	請求年月日 令和〇〇年〇月〇日
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 フリガナ アキジロウ 氏名 安芸二郎

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 { 医療機関等の名称..... 住所..... 氏名(代表者名).....

記入
不要

2 被災する職員事項	所属団体名 〇〇市 フリガナ 安芸二郎	所属部局名 〇〇部 〇〇課 〇〇係 (電話番号〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇)	フリガナ 安芸二郎 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"/> 令第1条職員		負傷又は発病の年月日 令和〇〇年〇〇月〇〇日

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
	年 月 日から 日間 { 看護師の資格 年 月 日まで <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 (3~6以外)	円	8 療養補償請求金額 (3~7の合計額) 1,820 円

9 送金希望口座等	<input checked="" type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する 利用欄にチェックを入れ、マイナンバーを間違えないよう記入
	個人番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
	<input type="checkbox"/> 任意の口座を指定する 金融機関名.....銀行.....支店 口座種別 <input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 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)..... 氏名(フリガナ).....
	<input type="checkbox"/> その他

公金受取口座を利用する場合は
口座情報は記入不要

*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〕

- 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。
- 「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等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。
- 「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。
- 「*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。

この面は医療機関（薬局）が記入
(レセプト添付でもよい)

* 11 調剤費請求明細		(職員氏名) 安芸 二郎						
処方せんを交付した診療機関の		名称	甲 医 院					
		所在地	〇〇市〇〇町〇〇番地					
担当医氏名		1. 甲 一 郎	3.					
		2.	4.					
調剤期間		令和〇年〇月〇日から〇年〇月〇日まで 日間 調剤実日数 1 日						
医師番号	処方月日	調剤月日	処 方		調剤数量	調 剤 報 酬 点 数		
			医薬品名・規格・用量・剤型・用法	単位薬剤料		調剤料	薬剤料	加 算 料
1	〇・〇	〇・〇	〇〇〇〇 10cm×14cm 14枚	41点	1	10点	41点	点
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
処方せん受付回数	回	摘要						
調剤基本料 (点)	時間外加算等 (点)	指導料 (点)	合計点数 182 点					
74		1特指1薬1						
		57	合計金額 1,820 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、調剤に当たった薬剤師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 style="text-align: center;">令和〇〇年〇月〇〇日</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;">薬局の</div> <div style="border-left: 1px solid black; padding-left: 5px;"> <p style="margin: 0;">所在地 〇〇市〇〇町〇〇番地</p> <p style="margin: 0;">名称 乙薬局</p> <p style="margin: 0;">薬剤師の氏名 乙 秋 江</p> </div> </div>								

必ず証明