

記載例 8 療養の給付請求書

様式第 5 号

※指定医療機関で初回請求の時のみ必要です。
療養費請求書（都支部様式第 1 号又は第 1 号の 2）と一緒に渡してください。

認定後転医した場合も、必ず記入後、
指定医療機関に提出すること。

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東京都支部長.....殿 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 29 年 〇 月 〇 日	
		請求者の住所	東京都〇〇市〇〇町 1-2	
		氏名	新宿太郎 新 印	
1 被災 職員 に 関 する 事 項	所属団体名	東京都		
	氏名	所属部局名	〇〇局〇〇部	
	職名	主事 <input checked="" type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 令第 1 条職員		
昭和42年 2 月 1 日生（50 歳）		負傷又は 発病の 年月日	平成 29 年 7 月 5 日	
2 療養を受けようとする 指 定 医 療 機 関 等	(新)	所在地	千代田区永田町〇-〇	
		名 称	関東整形外科病院	
	(旧)	所在地		
		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			

本人記入

〔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 「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。
- 3 「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。
- 4 令第 1 条職員とは、再任用短時間勤務職員等及び常勤的非常勤職員をいう。(P.2~3 参照)
- 5 都支部様式第 1 号または第 1 号の 2 による初回請求時に添付してください。

※この請求書は、療養費請求書と一緒に（東京都医師会に加入している会員が開設又は管理している医療機関は医師会を経由して）基金に送付するよう医療機関等の方に依頼してください。

記載例 9 療養費請求書

都支部様式第1号

地方公務員災害補償

療 養 費 請 求 書

保険医療機関コード

地方公務員災害補償基金

東京都支部長 殿

下記の療養費を請求します。

平成 年 月 日

医療機関の { 郵便番号
所在地
名称
氏名
電話

印

請求金額	百	十	万	千	百	十	円
------	---	---	---	---	---	---	---

(請求金額の内訳は裏面のとおりに)

※ 負傷又は発病年月日	平成 29 年 7 月 5 日	※ 認定番号	〇〇〇〇 - 〇〇〇〇
※ 所属団体・部局	東京都〇〇局〇〇部	※ 被災者氏名	新宿太郎

送金先	振込先銀行	銀行	支店
	預金科目	<input type="checkbox"/> 普通預金 No.	<input type="checkbox"/> 当座預金 No.
	(フリガナ) 預金名義		

注意事項

1 医療機関の方へ

(1) この請求書は、医療機関等との協定に基づき、公務上又は通勤により負傷し又は疾病にかかった地方公務員が診療を受ける際に使用するものです。

なお、療養に要した費用は、地方公務員災害補償基金東京都支部から、口座振替の方法により直接支払いますから、**本人には請求しないでください。**

(2) この請求書は、月ごとに次の区分により提出してください。

ア 東京都医師会に加入している会員が開設又は管理する病院等 (下記イの病院等を除く。)

…………… 〒101-8328 東京都千代田区神田駿河台 2-5 公益社団法人東京都医師会 (Tel 03-3294-8821) あて

イ 都立病院、都職員共済組合直営診療所、三楽病院、関東中央病院、労災病院、国家公務員共済組合連合会直営病院、厚生労働省所管の国立病院及び診療所、日赤病院及び日赤診療所、済生会病院及び済生会診療所、厚生年金病院等

…………… 〒162-0052 東京都新宿区戸山 3-17-1 東京都戸山庁舎 3F 地方公務員災害補償基金東京都支部あて

(3) 療養費は協定料金により支払います。

(4) 「送金先」の欄は、明確に記入してください。なお、「預金名義」の欄は、通帳に記入してあるとおりに正しく記入してください。

(5) 請求に当り疑義のある場合は、地方公務員災害補償基金東京都支部 (Tel 5272-5433) にお問い合わせください。

2 被災職員 (所属事務担当者) へ

(1) この請求書用紙は、上記の1の(2)のア及びイに掲げる医療機関で受診する場合にのみ使用してください。

(2) ※印欄は、被災職員 (所属事務担当者) が記入してください。

(3) 初診の際 (認定後) は、この用紙のほかに療養の給付請求書 (様式第5号) を必ず提出してください。

必ず所属で記入してから医療機関に提出すること

※ 所属事務担当者	係名	〇〇部 △△課□□係	氏名	田中太郎	電話	03-1234-5656
-----------	----	---------------	----	------	----	--------------

消費税は非課税です

診療費の内訳

1か月ごとに作成します。

(平成 年 月分)

初請求
継続請求

診療期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで			診療日	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31											診療 実日数	日
	傷病名		(現在の状態) 平成 年 月 日現在 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 継続中 <input type="checkbox"/> 転医		1 現在の状態と治療内容						2 今後の療養予定						
診療内容				点数(点)	診療内容				金額								
①初診	<input type="checkbox"/> 時間外 <input type="checkbox"/> 休日 <input type="checkbox"/> 深夜				①初診	平成 年 月 日 (救急医療管理加算 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来)				円							
②再診	外来診療料	×	回	②再診	②再診					円							
	継続管理加算	×	回		③指導					円							
	外来管理加算	×	回		文書料	<input type="checkbox"/> 認定時診断書 <input type="checkbox"/> 療養給付請求書(様式第5号) <input type="checkbox"/> 転医証明 <input type="checkbox"/> 移送費証明 <input type="checkbox"/> 休業補償証明 (年 月 ~ 年 月分) <input type="checkbox"/> その他 ()				円							
	時間外	×	回			④在宅	往診 夜間 緊急・深夜 在宅患者訪問診療 その他 薬剤				円						
③指導					⑤食事	基準	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> 特別管理								
④在宅	②③外用(薬剤)	×	回	⑥注射	⑦食事	特別食		<input type="checkbox"/> 食堂	円× 日間								
	②④調剤	×	回			食事		円× 日間		円							
	②⑤処方	×	回			食療		円× 日間		円							
	②⑥麻毒	×	回			室料		円		円							
⑤注射	①皮下筋肉内	×	回	⑧処置	⑧処置	<input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 2人部屋 <input type="checkbox"/> 3人部屋 <input type="checkbox"/> 4人部屋 (<input type="checkbox"/> 他の患者から隔離が必要 理 <input type="checkbox"/> 他の患者の療養を著しく妨げるのを防ぐ <input type="checkbox"/> 普通室が満床で、かつ、緊急入院が必要 由) <input type="checkbox"/> その他特別な事情()				() 円							
	③静脈内	×	回			加算		月 日 ~ 月 日		() 日 円							
⑥手術・麻酔	③その他	×	回	⑨手術・麻酔	⑨手術・麻酔					円							
	薬剤	×	回			小計				(p) 円							
⑦検査	薬剤	×	回	⑩画像診断	⑩画像診断	診療費の合計				(i) + (p) 円							
	薬剤	×	回			摘要											
⑧その他	処方せん	×	回	⑪入院	⑪入院	入院年月日 年 月 日 病診衣 入院期間 月 日 ~ 月 日 日間 ⑫入院基本料 × 日間 × 日間 × 日間 ⑬入院基本料加算 × 日間 × 日間 × 日間 × 日間 ⑭特定入院料・その他											
	薬剤	×	回														
	薬剤	×	回														
	薬剤	×	回														
小計	点 (i)			円													

基金に提出する書類以外は認められません。

医師会審査印

- 注 1. 印の該当するところには、✓で表示してください。
 2. 診療日欄は、実際に診療した日を○で囲み、日数を実日数欄に記載してください。
 3. 診断書の文書料は、認定時の1通分のみ支払います。他の診断書については自己負担となります。
 4. 明細書等書ききれない場合は、別紙を添付してください。

記載例 10 療養費請求書（柔道整復師用）

都支部様式第1号の2

地方公務員災害補償
療養費請求書
(柔道整復師用)

地方公務員災害補償基金
東京都支部長 殿

下記の療養費を請求します。

平成 年 月 日

医療機関の { 郵便番号
所在地
名称
氏名
電話

(印)

請求額	百	十	万	千	百	十	円
-----	---	---	---	---	---	---	---

(請求金額の内訳は裏面のとおりに)

※ 負傷又は発病年月日	平成29年7月5日	※ 認定番号	〇〇〇〇-〇〇〇〇
※ 所属部局	東京都〇〇局〇〇部	※ 被災者氏名	新宿太郎

送金先	振込先銀行	銀行	支店
	預金科目	<input type="checkbox"/> 普通預金 No.	<input type="checkbox"/> 当座預金 No.
	フリガナ預金名義		

必ず所属で記入してから医療機関に提出すること

- 注 1 この請求書は、東京都柔道整復師会又は埼玉県柔道整復師会との協定に基づき、その会員である柔道整復師から、地方公務員が診療を受ける際に使用するものです。
 なお診療費は、地方公務員災害補償基金東京都支部から、口座振替の方法により直接支払いますから、本人には請求しないでください。
- 2 この請求書は、月ごとに所属する東京都柔道整復師会又は埼玉県柔道整復師会へ提出してください。
- 3 療養費は、協定料金により支払います。
- 4 「送金先」の欄は、明確に記入してください。なお、「預金名義」の欄は、通帳に記入してあるとおりに正しく記入してください。
- 5 預金科目欄は、普通預金または当座預金いずれか該当するものに✓印をつけ、通帳番号を記入してください。
- 6 「預金名義」の欄は、明確に正しく記入し、必ずフリガナを記入してください。
- 7 請求に当たり疑義のある場合は、地方公務員災害補償基金東京都支部（Tel5272-5433）にお問い合わせください。
- 8 ※印欄は、被災職員（所属事務担当者）が記入してください。

※ 所属事務担当者	係名	〇〇部 △△課□□係	氏名	田中太郎	電話	03-1234-5656
-----------	----	---------------	----	------	----	--------------

消費税は非課税です

初請求

継続請求

療 養 費 の 内 訳 (平成 年 月分)									
負傷名					負傷の原因				
診療期間	平成 年 月 日から	診療日	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	診療日	11 12 13 14 15 16 17 18 19 20	診療実日数	日		
	平成 年 月 日まで		21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31						
現在の状態	平成 年 月 日	傷病の経過							
	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 継続中								
	<input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 転医								
施術の種類	回数	一回の料金	加算料金		施術料金	施術を行った期間			
初検料			深夜		円	月	日		
			時間外						
再検料					円	月	日		
指導管理料					円	月	日		
運動療法					円	月	日		
整復固定処置及び初回処置					円	月	日		
後療料					円	月	日		
罨療料					円	月	日		
電療料					円	月	日		
検査料					円	月	日		
					円	月	日		
文書料	<input type="checkbox"/> 認定請求用 <input type="checkbox"/> 休業証明 <input type="checkbox"/> その他 ()				円				
その他									
療 養 費 の 合 計					円				

[注意事項]

- 1 印の該当するところには、印で表示してください。
- 2 診療日数は、実際に診療した日を○印で囲んでください。○印で囲んだ数と診療実日数とは一致します。
- 3 傷病の経過欄はなるべく具体的に詳しく書いてください。

記載例 11 療養補償請求書（診療費）（受領委任の場合）

様式第 6 号

1 号 紙

療 養 補 償 請 求 書

認定番号	〇〇〇〇-〇〇〇〇
請求回数	第 〇 回 (29 年 9 月分)

地方公務員災害補償基金東京都支部長... 殿 下記の療養補償を請求します。	請求年月日	平成 29 年 〇 月 〇 日
	請求者の住所	〒000-0000 東京都〇〇市〇〇町1-2 ふりがな <small>しんじゅく たろう</small> 氏 名 新宿 太郎 

本人記入

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 <u>東海整形外科・東海一夫</u> に委任します。 委任者の氏名 <u>新宿 太郎</u> 	
	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 <u>東京都〇△市〇〇町10-1</u> 医療機関等の名称 <u>東海整形外科</u> 氏名(代表者名) <u>東海 一夫</u> 	

医療機関で記入

2 被災する事項	所属団体名	東京都	所属部局名 (電話番号 5321-1111)	〇〇局〇〇部
	氏名	新宿 太郎	職名	主事 <input checked="" type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員
昭和42年 2 月 1 日生 (50 歳)		負傷又は発病の年月日 平成 29 年 7 月 5 日		

3 診療費	内訳は「*10 診療費請求明細」欄記載のとおり	20,650 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 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 から まで キロメートル <input type="checkbox"/> 往復 <input type="checkbox"/> 片道 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)		20,650 円

9 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。)
		△△ 銀行 ×× 支店	トウカイセイケイゲカ 東海整形外科
	口座番号	〇101234	預金名義者名
	<input checked="" type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金	銀行 支店	
	送金小切手		
	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〕
- 請求者は、*印の欄には記入しないこと。また、該当する口に入力して印を記入すること。
 - 「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。
 - 令第1条職員とは、再任用短時間勤務職員等及び常勤的非常勤職員をいう。(P.2~3参照)
 - 「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」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。

*10 診療費請求明細		(職員氏名) 新宿 太郎			
傷病名	アイウ 右下腿骨骨折	診療開始日	ア平成29年9月15日 イ平成 年 月 日 ウ平成 年 月 日	診療期間	平成29年9月15日から 平成29年9月30日まで
初診	時間外・休日・深夜	回	点	診療実日数	2 日
再診	再診	1 ×	1 回	1 点	傷病の経過
	外来診療料	×	回	回	
	継続管理加算	×	回	回	
	外来管理加算	×	回	回	
指導	時間外	×	回	回	転帰
	休日	×	回	回	
	深夜	×	回	回	
指 導					平成 年 月 日
在 宅	往診 夜間 深夜・緊急 在宅患者訪問診察 その他 薬剤		回 回 回 回		治 癒 継 続 転 医 中 止 死 亡
投 薬	内服	薬剤調剤	×	単位	摘 要
	屯服		×	単位	
	外用	薬剤調剤	×	単位	
			処方	×	
麻毒調基	×	回	回		
注 射	皮下 筋肉 静脈 その他		回 回 回		<p>認定傷病以外のもは認められません。</p> <p>初診料 3,760円 再診料 1,390円 再診時療養管理指導料 920円 ----- 6,070円</p> <p>明細(薬品名・検査名・治療材料等)を記入</p>
処 置	薬 剤	2 回	848 6		
手 術	麻酔		回	回	
検 査	薬 剤		回	回	
画 像	薬 剤	1 回	224 回		
そ の 他	処方せん	2回	136 回		
入 院	入院年月日	平成 年 月 日			
	病・診・衣	入院基本料・加算	×	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	1215	1点単価	12	14,580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				6,070円
診療費請求合計額					20,650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。)					
平成 年 月 日		診療機関の		所在地 名称 医師の氏名	

医療機関で記入

[注意事項] 本様式への記載に代えて医療機関が電算で打ち出したもの等を明細として添付することができます。また、歯科医院の場合は、歯科用「診療費明細書」、接骨院・整骨院の場合は接骨院・整骨院用「診療費明細書」を添付することができます。

〔診療費請求明細〕 歯科用

(職員氏名)															平成		年		月分		(診療実日数		日)								
診療日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
傷病名 部位	認定傷病名を必ず記入すること																							転 帰							
																								治ゆ・死亡・中止・継続							
初診	加算(時間外・休日・深夜・その他())																							点							
再診	加算(時間外・休日・深夜・その他())																														
管理	歯管		義管		歯清		歯実		F局		F洗		医管		その他																
投薬・注射	内屯外注		調		処方		情		処		注																				
X 線 検 査	全顎 枚		模		S 培		平測		基本 検 査		精 密 検 査		そ の 他																		
	片顎 枚		写		顎運動																										
	標		EMR																												
	パ																														
処 置 ・ 手 術	う触		覆罩		填塞		除去		知覚過敏		咬調																				
	抜髄		感染根処		根管貼薬		根充		抜髄即充		感根即充		加圧根充		生切 失切																
	SC				SRP 前		小		大																						
	PCur		前		小		大		SPT		P処																				
	抜歯		乳		前		白		難		埋		切開																		
	その他										特定薬剤																				
麻酔	伝麻		浸麻		その他																										
歯 冠 修 復 及 び 欠 損 補 綴	補診		維持管理		印象																										
	歯冠形成		前		前		窩洞		充形		咬合																				
	生活		磨		失活		磨		修形		試適																				
	支台		メタル前小		大						支台		メタル前小		大																
	築造		その他前小		大						充填																				
	乳前小銀				TEK						充I																				
	前小バ				硬ジ						充II																				
	前小ニ				ジ						充III																				
	大バ				修理						材		その他																		
	大銀				装着						リテッ																				
大ニ				装着						材料		仮着																			
14K				材料																											
ボン テ ィ ク	鑄造		バニ		バ小		銀		Br		装着		バ		鑄		バ		ニ												
	前装		バ		ニ		銀						バ		鑄		バ		ニ												
有床義歯		1~4歯										線鉤		人工歯																	
		5~8歯																													
		9~11歯																													
		12~14歯										床修理																			
		総義歯																													
その他																															
その他																								点							
合 計 点 数 ①																							点								
(点数で算定できないもの等については、裏面に記載してください。)																															

診療機関で記入

記載例 12 療養補償請求書（薬局）（受領委任の場合）

様式第 6 号

1 号 紙

療 養 補 償 請 求 書

認定番号	〇〇〇〇-〇〇〇〇
請求回数	第 〇 回(29年 8月分)

地方公務員災害補償基金東京都支部長...殿		請求年月日 平成 29 年 〇 月 〇 日	
下記の療養補償を請求します。		請求者の住所 〒000-0000 東京都〇〇市〇〇町1-2 ふりがな しんじゅく たろう 氏 名 新宿 太郎 	
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 千代田調剤薬局 に委任します。 委任者の氏名 新宿 太郎 		
	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 千代田区永田町〇-〇 医療機関等の名称 千代田調剤薬局  氏名(代表者名) 千代田 一郎		
2 被災職員の事項	所属団体名 東京都	所属部局名 (電話番号 5321-1111) 〇〇局〇〇部	
	氏名 新宿 太郎	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 平成 29 年 7 月 5 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		2,700 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 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 から まで キロメートル <input type="checkbox"/> 往復 <input type="checkbox"/> 片道 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)			2,700 円
9 送金希望の場合	振込み	振込先金融機関名 × 銀行 △△支店 口座番号 0050432 <input checked="" type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金	預金名義者名 チヨグ チョウザイヤッコク 千代田調剤薬局 (フリガナ) 氏 名 千代田 一郎
	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

本人記入

薬局で記入

〔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。
- 令第1条職員とは、再任用短時間勤務職員等及び常勤的非常勤職員をいう。(P.2~3参照)
- 「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」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

*10 診療費請求明細				(職員氏名)				
傷病名	ア 右下腿骨骨折 イ ウ			診療開始日	ア平成 年 月 日 イ平成 年 月 日 ウ平成 年 月 日	診療期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	
初診	時間外・休日・深夜	回	点	傷病の経過				
再診	再診	×	回	転帰	平成 年 月 日			
	外来診療料	×	回		治ゆ	継続	転医	
	継続管理加算	×	回		中止	死亡		
	外来管理加算	×	回		摘要			
時間外	×	回						
休日	×	回						
深夜	×	回						
指導								
在宅	往診	回						
	夜間・緊急 深夜・緊急 在宅患者訪問診療 その他 薬	回						
投薬	内服	薬剤 調剤	×					単位 回
	屯服		×					単位 回
	外用	薬剤 調剤	×					単位 回
			処方 麻毒 調基					×
注射	皮下筋肉内	回						
	静脈内 その他	回						
処置	薬剤	回						
手術・酔	薬剤	回						
検査	薬剤	回						
画像断	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				
			×	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	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				
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。)								
平成 年 月 日				診療機関の	所在地 名称 医師の氏名		㊟	

記入の必要なし

*11 調剤費請求明細			(職員氏名) 新宿太郎						
処方せんを交付した診療機関の		名称	関東整形外科病院						
		所在地	千代田区永田町〇-〇						
担当医氏名		1. 関東次郎		3.		2.		4.	
調剤期間		平成 29 年 8 月 9 日から 29 年 8 月 28 日まで 20 日間 調剤実日数 2 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	8.9	8.9	ロキソプロフェンNa錠60mg 3T 内服 分三 毎食後服用	2点	7	35点	14点		
1	8.9	8.9	タッチロンパップ 30 14枚 外用 貼付剤 1日2枚7日分	16	1	10	16		
1	8.28	8.28	ゲンタマイシン硫酸塩軟膏 0.1% タイヨー 20mg 外用 塗布剤	15	1	10	15		
処方せん受付回数		2回	摘要						
調剤基本料(点)		時間外加算等(点)		指導料(点)		合計点数			
基A 82				薬A.1 薬D.1		270点			
				88		合計金額 2,700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、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。)									
平成 年 月 日			薬局の { 所在地 名 称 薬剤師の氏名						

薬局で記入

認定傷病以外に係る処方方は認められません

※ 本様式への記載に代えて薬局が電算で打ち出したもの等を明細として添付することができます。

記載例 13 療養補償請求書（診療費）（自己負担した場合）

様式第 6 号

1 号 紙

療 養 補 償 請 求 書

認定番号	〇〇〇〇-〇〇〇〇
請求回数	第〇回(29年9月分)

地方公務員災害補償基金東京都支部長...殿	請求年月日 平成29年〇月〇日
下記の療養補償を請求します。	請求者の住所 〒000-0000 東京都〇〇市〇〇町1-2
	ふりがな 新宿太郎 氏 名 新宿太郎 氏 名 (代表者名)

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 { 住所 医療機関等の名称 氏名(代表者名)

2 被災職員に関する事項	所属団体名 東京都	所属部局名 (電話番号 5321-1111) 〇〇局〇〇部
	氏名 新宿太郎	職名 主事 <input checked="" type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員
	昭和42年2月1日生(50歳)	負傷又は発病の年月日 平成29年7月5日

3 診療費	内訳は「*10 診療費請求明細」欄記載のとおり	18,220 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 日間 <input type="checkbox"/> 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 から まで キロメートル <input type="checkbox"/> 往復 <input type="checkbox"/> 片道 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)		18,220 円

9 送金希望の場合	振込み	振込先金融機関名 △△銀行 ○×支店 口座番号 0432012 <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 新宿太郎
	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✓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 令第1条職員とは、再任用短時間勤務職員等及び常勤の非常勤職員をいう。(P.2~3 参照)
- 5 「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。
- 6 「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。
- 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。
- 9 「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。

記入不要

本人記入

本人の口座名義を正確に記入

認定傷病名

消費税は非課税です

領収書を必ず添付してください。

*10 診療費請求明細		(職員氏名) 新宿 太郎	
傷病名	ア 右下腿骨骨折 イ ウ	診療開始日	ア平成29年9月15日 イ平成 年 月 日 ウ平成 年 月 日
初診	時間外・休日・深夜 回 点	診療期間	平成29年9月15日から 平成29年9月30日まで
再診	再診 1 × 1 回 1 点 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	傷病の経過	
指導		転帰	平成 年 月 日 治 癒 継 続 転 医 中 止 死 亡
在宅	往診 回 夜間 回 深夜・緊急 回 在宅患者訪問診察 回 その他 回 薬 剤 回	<p>認定傷病以外のものは認められません</p> <p>初診料 3,760円 再診料 1,390円 再診時療養管理指導料 920円 ----- 6,070円</p> <p>明細(薬品名・検査名・治療材料等)を記入</p>	
投薬	内服 { 薬剤調剤 × 単位 屯服 { 薬剤調剤 × 単位 外用 { 薬剤調剤 × 単位 処方 薬 剤 × 回 麻毒 調基 × 回		
注射	皮下筋肉内 回 静脈内 回 その他 回	処置	* 四肢ギブスシーネ(半肢)(片) 780 × 1 創傷処置(100cm ² 未満) 労災(1.5倍)(処置) 68 × 1 イソジン液 10% 4ml ゲンタシン軟膏 0.1% 1mg 4g 6 × 1
処置	薬 剤 2 回 848 回 6	画像	* (下腿) 224 × 1 単純撮影(デジタル撮影) 2 回 単純撮影の写真診断 2 回 電子媒体保存撮影 2 回 電子画像管理加算(単純撮影)
手術・酔	麻 酔 回	その他	* 処方せん料 68 × 2
検査	薬 剤 回	入院	標準 円 × 日間 食事 円 × 日間 円 × 日間
画像診断	薬 剤 1 回 224 回	入院年月日	平成 年 月 日
その他	処方せん 2 回 136	病・診・衣	入院基本料・加算 × 日間 × 日間 × 日間 × 日間 × 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 1215 × 10 点単価 12,150 円
院		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 6,070 円
		診療費請求合計額	18,220 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>平成29年0月00日 診療機関の { 所在地 東京都〇△市〇〇町10-1 名 称 東海整形外科 医師の氏名 東海 一夫</p>			

医療機関で記入

※ 本様式への記載に代えて医療機関が電算で打ち出したもの等を明細として添付することができます。ただし、この場合でも証明は必要です。

認定傷病名

消費税は非課税です

*10 診療費請求明細				(職員氏名)			
傷病名	ア イ ウ 右下腿骨骨折			診療開始日	ア平成 年 月 日 イ平成 年 月 日 ウ平成 年 月 日	診療期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
初診	時間外・休日・深夜 回 点			傷病の経過			
再診	再診	×	回	転帰	平成 年 月 日		
	外来診療料	×	回		治 癒	継 続	転 医
	継続管理加算	×	回	摘 要			
	外来管理加算	×	回				
	時間外	×	回				
	休日	×	回				
	深夜	×	回				
指導							
在宅	往診		回				
	夜間急患		回				
投薬	在宅患者訪問診療その他薬剤		回				
	内服	{ 薬剤	単位				
		{ 調剤	× 回				
	屯服	{ 薬剤	単位				
		{ 調剤	× 回				
注射	外用	{ 薬剤	単位				
		{ 調剤	× 回				
	処方	×	回				
	麻毒調基	×	回				
処置	皮下筋肉内		回				
	静脈内		回				
	その他		回				
手術・麻酔	薬剤		回				
検査	薬剤		回				
画像診断	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					
院		×	日間				
		×	日間				
		×	日間				
		×	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	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
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。)							
平成 年 月 日				診療機関の	{	所在地	
					{	名称	
					{	医師の氏名	㊦

※ 請求の内容に応じた医師の証明書・領収書等を添付してください(添付書類については、P.116「療養補償請求書の添付書類一覧」参照)。なお、補装具の購入、個室・上級室の使用理由等については、各証明書の添付に代えて本様式の摘要欄及び証明欄に記載することができます。

移送費明細書

認定番号

〇〇〇〇 ~ 〇〇〇〇

被災職員	所属・所在地	新宿区西新宿2-8-1 東京都〇〇局〇〇部															
	住所・氏名	東京都〇〇市〇〇町1-2 新宿太郎															
医師等 の証明	傷病名 右下腿骨骨折																
	通院日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	平成29年 8月 合計日数 4 日間
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
	所見	※療養上タクシーの利用を必要としたときに、その理由及び期間を詳細に記載してください。 (領収書を添付すること)															
上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 29 年 9 月 8 日 医療機関の { 所在地 千代田区永田町〇-〇 名称 関東整形外科病院 主治医等の氏名 関東次郎																	
移送費の明細	利用交通機関・区間・料金		金額	経路略図 (通院経路を実線、通勤経路は点線で記入のこと)													
	地下鉄 新宿——永田町 165円×2×4回 (片道165円)		1,320														
	金額合計		1,320円														

公共交通機関の場合も通院日についての証明が必要

※ 通勤手当が支給される期間は、通勤手当との重複区間は請求できません。

看護証明書

認定番号

〇〇〇〇 ~ 〇〇〇

所 属	東京都〇〇局〇〇部	傷病名	右下腿骨骨折									
氏 名	新宿太郎											
看護の区分	<input checked="" type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 家族 (被災職員との続柄)											
看護を必要とした期間	平成29年7月5日から平成29年7月7日まで	3日間										
入院期間	平成29年7月5日から平成29年7月23日まで	19日間										
基準看護の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無											
看護を必要とした理由 (病状等をできるだけ詳細に記載してください。)	上記傷病のため7月3日に手術を施行 術後の安静を要し、歩行等一切禁止のため介助を要した。											
家族又はその他の場合看護師等が得られなかった理由												
備 考												
上記のとおり相違ないことを証明します。 平成29年8月〇日												
医療機関の <table style="display: inline-table; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"> <tr> <td style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">{</td> <td style="padding-left: 5px;">所在地</td> <td>千代田区永田町〇-〇</td> </tr> <tr> <td></td> <td>名 称</td> <td>関東外科病院</td> </tr> <tr> <td></td> <td>担当医師</td> <td>関 東 次 郎</td> </tr> </table>				{	所在地	千代田区永田町〇-〇		名 称	関東外科病院		担当医師	関 東 次 郎
{	所在地	千代田区永田町〇-〇										
	名 称	関東外科病院										
	担当医師	関 東 次 郎										
			 									

病院又は診療所における看護の場合に記入する。

※ 基準看護が実施されている病院で更に付添看護を必要とする場合は、その理由を詳細に備考欄に記載してください。

記載例 18

都支部様式第 45 号

転 医 届		認 定 番 号	〇〇〇〇～〇〇〇〇
被災職員	所属・所在地	新宿区西新宿2-8-1 東京都〇〇局〇〇部	
	住所・氏名	東京都〇〇市〇〇町1-2 新宿太郎	
	傷病名	右下腿骨骨折	
現在受診 している 診療機関	所在地	千代田区平河町〇-〇-〇	
	名称	平クリニック	
	療養期間	平成 29 年 7 月 5 日から平成 年 月 日まで	1 日間
転院先の 診療機関	所在地	千代田区永田町〇-〇	
	名称	関東整形外科病院	
	転医年月日	平成 29 年 7 月 5 日 から	
医師の 証 明	転医の理由	受傷直後、当院に来院し、診断の結果手術を要すると認め、入院設備のある関東整形外科病院に転医させた。	
	上記理由により	関東整形外科病院	へ転医させたことを証明します。
		平成 29 年 7 月 8 日	
医療機関の		{ 所在地 千代田区平河町〇-〇-〇 名 称 平クリニック 担当医師 平 正 雄	
上記のとおり転医したいのでお届けいたします。			
		平成 29 年 7 月 8 日	
		被災職員氏名	新宿太郎 

[注意事項]

- 1 転医先の主治医等に認定傷病名を告げること。
- 2 転医先の診断で、傷病名が異なるときは、速やかに所属担当者に連絡すること。

記載例 19

都支部様式第 46 号

個室・上級室証明書

認定番号

〇〇〇〇～〇〇〇〇

所 属	東京都〇〇局〇〇部		
氏 名	新宿 太郎		
入院 期 間	平成 29 年 7 月 5 日から平成 29 年 7 月 23 日まで	19 日間	
個室・上級室を 必要とした期間	平成 29 年 7 月 5 日から平成 29 年 7 月 7 日まで	3 日間	
個室・上級室を 必要とした理由 (具体的に記載し てください。)	緊急に入院し、手術が必要であり、術後管理のため及び普通室が満床であったため。		
等級別病室明細	差額室の種別	個 室	上 級 室
	該当項目に○印を 付けてください。		○ (2 人部屋)
	1 日当たりの 室料差額料金	円	5,000 円
備 考			

上記のとおり相違ないことを証明します。

平成 29 年 8 月 1 日

医療機関の { 所在地 千代田区永田町〇-〇
 名 称 関東整形外科病院
 担当医師 関 東 次 郎



※ 補償上限額は 10,000 円/日 (甲地区、個室の場合) です。

補装具証明書

認定番号

〇〇〇〇 ~ 〇〇〇〇

所 属	東京都〇〇局〇〇部						
氏 名	新 宿 太 郎						
傷 病 名	右下腿骨骨折						
災害発生年月日	平成 29 年 7 月 5 日						
医 師 の 証 明	装 具 名	短下肢装具					
	必 要 理 由	骨折部の歩行時負荷を軽減させるため					
	<p>上記理由により、補装具が必要であることを証明します。</p> <p>平成 29 年 〇 月 〇 日</p> <p>医療機関の</p> <table border="0"> <tr> <td>所在地</td> <td>千代田区永田町〇-〇</td> </tr> <tr> <td>名 称</td> <td>関東整形外科病院</td> </tr> <tr> <td>担当医師</td> <td>関 東 次 郎</td> </tr> </table> 		所在地	千代田区永田町〇-〇	名 称	関東整形外科病院	担当医師
所在地	千代田区永田町〇-〇						
名 称	関東整形外科病院						
担当医師	関 東 次 郎						

注 1 補装具等は、主治医が療養上必要と認める場合に限り補償の対象となります。

2 被災職員の判断で購入した場合は、自己負担となります。

地方公務員災害補償 治 仰 報 告 書

認定 番号	〇〇〇〇～〇〇〇〇
----------	-----------

地方公務員災害補償基金 東京都支部長 殿 団体名・所属 東京都〇〇局〇〇部 氏 名 新宿太郎 	平成 29 年 10 月 14 日
下記のとおり治仰したので報告します。	
記	

災害発生 年月日	平成 29 年 7 月 5 日	治 仰 年月日	平成 29 年 10 月 14 日
傷 病 名	右下腿骨骨折		
障 害 請 求 の 有 無	(無) ・ 有		

所 属 の 事 務 担 当 者		
係 名	氏 名	電 話
福利係	都 庁 花 子	(5321) 1111 内0000

	所属長	課 長	係 長	係 員
所属の 確認印	(印)	(印)	(印)	(印)

[注意事項]

- 1 「治仰」とは、完全治仰のみでなく、もはや症状が固定の状態になったものも含まれます。また「急性症状のみ公務上・通勤災害該当」と認定された場合は、急性症状の消退した場合を含みます。
- 2 同一の事故により生じた傷病が2以上あるときは、その全部が治仰した場合に報告してください。
- 3 治仰したとき、法別表に定める程度の障害が残存する場合は、障害補償の請求をしてください。

受 理	決 定	記録簿記載