

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			※ 被災者名	新宿太郎			
送金先	振込先銀行	銀行					支店	
	預金科目	□普通預金 No.			□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 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			
現在の状態	平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 治ゆ <input type="checkbox"/> 継続中 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 転医	傷病の経過							
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。