

様式第 42 号

福祉事業（外科後処置）申請書

新規 継続（3回目）
認定番号 0000-0000

地方公務員災害補償基金東京都支部長 殿 下記の福祉事業（外科後処置）を受けた いので申請します。		申請年月日 平成29年 4 月 3 日 申請者の住所（〒000-0000）〇〇県〇〇市 〇〇町1-2-3 氏 名 東京 一郎 昭和37年 10 月 10 日生（54歳）	
被 関 災 す 職 る 員 事 に 項	1 所属団体名	東京都	
	所属部局名	（電話番号1234-5678） 〇〇局〇〇部	
	負傷又は発病の年月日	平成25年 10 月 1 日	治癒年月日 平成28 年 11 月 5 日
傷病名及び障害の部位	脊髄損傷 両下肢麻痺		障害等級 第 1 級
2 外科後処置等を必要とする理由 別添「診断書」とおり			
3 費用の受領委任	この申請書による外科後処置等の費用の受領を 関東病院 関東太郎 に委任します。 委任者の氏名 東京 一郎		
	上記委任に基づき、この申請書による外科後処置等の費用の支払を請求します。 受任者の { 住 所 東京都〇〇区〇〇1-2-3 医療機関等の名称 関東病院 氏名（代表者） 関東太郎		
4 診療費	内訳は「*13 医師の証明」欄記載のとおり		円
5 調剤費	内訳は「*14 薬剤師の証明」欄記載のとおり		円
6 看護料	<input type="checkbox"/> 訪問看護 内訳は「*15 訪問看護事業者の証明」欄記載のとおり 年 月 日から 年間 看護師の資格 年 月 日まで 日間 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		円
	<input type="checkbox"/> 交通費 片道 回 から まで キロメートル <input type="checkbox"/> 往復 <input type="checkbox"/> その他の移送費		円
7 移送費			円
8 上記以外の診療費			円
9 日 当 (外科後処置に限る)	年 月 日から 年間 年 月 日まで	日間	円
10 申請金額			円
11 外科後処置等を受けようとする医療機関	所在地 東京都〇〇区〇〇1-2-3 名称 関東病院		

自己負担請求の場合は記入不要

送 金 の 場 合 希 望	振 込 先	振込先金融機関名	預 金 名 義 者 名	法人機関又は役職の名称(個人名義の場合は記入不要)
		〇〇 銀行 〇〇 支店		関東病院
	口座の記号番号	1234567	(フリガナ) 氏 名 関 東 太 郎	
	<input checked="" type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預			
送 金 小 切 手	銀行 支店			
そ の 他				

自己負担請求の場合は申請者の名義口座を記入

* 所属部局の受付 年 月 日	* 任命権者の受付 年 月 日	* 基金支部の受理 年 月 日
--------------------	--------------------	--------------------

* 通知 年 月 日 <input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 不支給	* 決定金額 円	* 支払 年 月 日
--	-------------	---------------

〔注意事項〕別紙参照。

銀行に届けている口座名義を正確に記入

* 1 3 医師の証明		(職員氏名) 東京 一郎	
診療時の症状	歩行障害あり		
診療期間	平成29年1月1日から 平成29年1月31日まで 31日間 診療実日数 1日		
診療費の内訳			金額(円)
初診			
再診			1,360
在宅			
投薬	内 屯 外 調 処 麻 調	服 用 剤 方 毒 基	10,416
注射	皮 下 筋 肉 内 静 脈 そ の 他	○○○錠 100mg 3T 21×28 △△△錠 2T 10×28	
処置			
手術 麻酔			
検査			
画像 診断			
その他			
入院	入院期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間	
	病・診・衣	入院基本料・加算	
	特定入院料・その他		
	食 事	基準	
診療費の合計			11,776 円
上記の事項は事実と相違ないことを証明します。			
平成 29 年 2 月 1 日		診療機関の	所在地 東京都○○区○○1-2-3 名称 関東病院 医師の氏名 関東太郎
			