

お 知 ら せ

療養補償の請求等にあたり、以下のことにご注意ください。

- 1 公務上(通勤災害該当)の傷病について、次の請求用紙(原則、月毎に1枚)に必要事項を記入し、受診している医療機関の窓口へ提出してください。

- (1)受診している病院等が指定医療機関の場合

療養費請求書（都支部様式第1号又は同第1号の2）
（初回請求時のみ「療養の給付請求書（様式第5号）」が必要となります。）

* 指定医療機関とは、次の医療機関をいいます。

公益社団法人東京都医師会に加入している会員が開院又は管理する病院又は診療所、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、地方公務員災害補償基金本部指定医療機関及び指定福祉事業機関

- (2) 指定医療機関以外の病院、薬局等の場合

療養補償請求書（様式第6号）
2ページ以降に主な記載例がありますので、参考にしてください。
* 病院、薬局（消費税は非課税です）にも記載例を提示してください。
(病院、薬局で記載する箇所は、記載例の青字部分になります。)

- 2 認定通知書を主治医に示し、認定番号・認定傷病名を知らせてください。

認定通知書は、手元に保管しておいてください。

- 3 転医する場合には、所属担当者に事前に相談してください。また、請求書用紙等は所属に用意してありますので、所属担当者に問い合わせてください。

- 4 公務上(通勤災害該当)の傷病が治ったときは、速やかに治癒報告書(都支部様式第8号)を提出し、障害が残ったときは所属担当者に同時に申し出てください。

なお、治ゆ後(症状固定後、急性症状消退後)に対症療法等を受ける場合は、共済組合員証を使用して受診することとなります。

地方公務員災害補償基金東京都支部

- 1 -

様式第6号 調剤費 薬局に受領委任する場合

1 号 紙

療養補償請求書		認定番号 0123-1234	
		請求回数 第2回(29年3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 7 月 3 日	
下記の療養補償を請求します。		請求者の住所 〒162-0052 新宿区戸山 3-17-1 氏 名 戸山 一郎	
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 高田馬場調剤薬局 に委任します。		
	委任者の氏名 戸山 一郎		
	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 新宿区高田馬場 1-1-1 医療機関等の名称 高田馬場調剤薬局 氏名(代表者名) 永田 三郎		
2 被災寸職員に項	所属団体名 東京都 氏 名 戸山 一郎 昭和54年12月10日生(37歳)	所属部局名 (電話番号 03-5321-1111) XX局 O△部 職 名 主事 負傷又は発病の年月日 平成 29 年 3 月 XX 日	☒ 常勤 ☐ 令第1条職員
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		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 平成 年 月 日から 日間 [看護師の資格] 円 平成 年 月 日まで [有 無]		2,810 円
	☐ 交通費 から まで キロメートル □片道 □往復 円 ☐ 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)			2,810 円
9 送金希望の場合 その他	振込先金融機関名 ☒ XX 銀行 〇〇 支店 口座番号 0765432 ☐ 普通預金 ☒ 当座預金		預金金義者名 法人機関又は役職の名称(個人名義の場合は記入不要です) 株式会社 高田馬場調剤薬局 (フリガナ) 氏 名
	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□にレ印を記入すること。
- 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費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。
- 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 上記以外の治療費」の欄には、入院料に食費を含まない場合の食料費及び「3 診療費」に含まれない療養に必要な治療料の名称、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。**なお、本様式の取扱手数料は発生しません。**
- 9 請求者の氏名の欄は、記載事項を提出することに代えて、自筆による署名をすることができる。

※本様式は複製機及び転写機を経て押出す書類です。各機関で印刷後は、複製機関にお渡しください。

– 2 –

様式第6号 調剤費 自己負担した場合

1 号 紙

療養補償請求書		認定番号 0123-1234	
		請求回数 第 2 回 (29 年 3 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 7 月 3 日	
下記の療養補償を請求します。		請求者の住所 〒162-0052 新宿区戸山 3-17-1 氏 名 戸山 一郎 (印)	
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..... (印)		
	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)..... (印)		
2 被災寸職する員事項	所属団体名 東京都 氏 名 戸山 一郎 昭和 54 年 12 月 10 日生 (37 歳)	所属部局名 (電話番号 03-5321-1111) XX 局 △△ 部 職 名 主事 ☒ 常 勤 ☐ 令第 1 条職員 負 傷 又 は 発病の年月日 平成 29 年 3 月 XX 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	2,810 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
		平成 年 月 日から 日間 ☐ 看護師の資格 ☐ 有 ☐ 無	円
6	移 送 費	☐ 交通費	円
		から まで キロメートル ☐ 片道 ☐ 往復	円
		☐ 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)		2,810 円
9 送金希望する場合	振込先金融機関名		預金金義者名
	XX 銀行 XX 支店		
	口座番号 0654321		(フリガナ) 氏 名
	☒ 普通預金 ☐ 当座預金		
送金小切手 銀行 支店		トヤマ イチロウ 戸山 一郎	
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□にレ印を記入すること。**（領収書を必ず添付してください）**
- 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 補償費等の受領先〕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所に療養補償員の費用の受領を委任しようする場合にのみ記入すること。
- 4 令1条4項職員とは、再任用短時間勤務補償員及び常勤的非常勤職員をいう。
- 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費及び〔3 診療費〕に含まれない療養に必要な治療料の名称、数量及び費用を記入し、その明細書及び明細書を添付すること。
- 7 〔10 診療費請求明細書〕*〔11 調剤費請求明細書〕*又は*〔12 訪問看護事業者の証明書〕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〕より計算できないもの欄には、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。**なお、本表式の取扱要領は発生しません。**
- 9 〔請求者の氏名〕の欄は、記名押印することにて代えて、自筆による署名をすることができ。

※本様式は被災職員が任命権者様より提出する書類です。各機関で証明後は、被災職員にお渡しください。

– 3 –

＜薬局が記入＞（2号紙には本人が「認定傷病名」のみ記入してください） 3号紙

3 号 紙

*11 調剤費請求明細			(職員氏名) 戸山 一郎				
処方せんを交付した診療機関の		名称	平河町クリニック				
		所在地	千代田区平河町1-2-3				
担当医氏名		1. 江戸美子	3.		4.		
調剤期間		平成29年 3月 17日から 年 月 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 医薬品名・規格・用量・剤型・用法	単位薬剤料 数量	調剤 調剤料	報酬 薬剤料	点数 加算料
1	3・17	3・17	フロモックス錠 100mg 3錠 ロルカム錠 4mg 3錠 内服 分3 毎食後服用	24 点	6 点	30 点	144 点
1	3・17	3・17	イソジン液 10% 10ml 外用塗布剤 1日1回	3	1	10	3
(以下、調剤内容が重複するため、斜線で省略します)							
処方せん受付回数		1 回	摘要				
調剤基本料 (点)		時間外加算等 (点)		指導料 (点)	合計点数 281 点		
基 53				薬 41 41	合計金額 2,810 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

自己負担の場合は
証明が必要です。

– 4 –

療 養 補 償 請 求 書		認 定 番 号	0123-6789
		請 求 回 数	第 1 回 (29 年 1 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 6 月 20 日
下記の療養補償を請求します。		請求者の住所	〒163-8001 新宿区西新宿2-8-1 新宿区西新宿2-8-1 氏 名 新宿 次郎
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 淀橋整形外科 に委任します。		
	委任者の氏名 新宿 次郎		
	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。		
2 被関災す職る員事に項	所属団体名	東京都	所属部局名 (電話番号 5321-1111) △△局 ××部
	氏 名	新宿 次郎	職 名 主事 ☒ 常 勤 ☐ 令第1条職員
	昭和 43 年 8 月 19 日生 (48 歳)	負 傷 又 は 発 病 の 年 月 日	平成 29 年 1 月 X 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		6,450 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
6 移 送 費	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間 ☐ 有 ☐ 無	円
	☐ 交通費		円
	から まで キロメートル	☐ 片道 ☐ 往復	回
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)	6,450 円		
9 送金希望の場合	振込先金融機関名 〇〇 銀行 △△ 支店 口座番号 0876543 ☒ 普通預金 ☐ 当座預金 送金小切手 銀行 支店 そ の 他	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です。) 淀橋整形外科 院長 (フリガナ) 氏 名 ヨド バシ カズ オ 淀 橋 一 男	
*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□にレ印を記入すること。
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的非常勤職員をいう。
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。
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。なお、本様式の取扱手数料は発生しません。
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。
※本様式は被災職員が任命権者経由で提出する書類です。各機関で証明後は、被災職員にお渡しください。

療 養 補 償 請 求 書		認 定 番 号	0123-4567
		請 求 回 数	第 3 回 (29 年 4 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 6 月 15 日
下記の療養補償を請求します。		請求者の住所	〒163-8001 新宿区西新宿2-8-1 新宿区西新宿2-8-1 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.....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。		
2 被関災す職る員事に項	所属団体名	東京都	所属部局名 (電話番号 5321-1111) 〇〇局 ××部
	氏 名	新宿 太郎	職 名 主事 ☒ 常 勤 ☐ 令第1条職員
	昭和 34 年 2 月 1 日生 (58 歳)	負 傷 又 は 発 病 の 年 月 日	平成 29 年 2 月 X 日
3 診 療 費	内訳は「*10 診療費請求明細」欄記載のとおり		24,068 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
6 移 送 費	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間 ☐ 有 ☐ 無	円
	☐ 交通費		円
	から まで キロメートル	☐ 片道 ☐ 往復	回
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)	24,068 円		
9 送金希望の場合	振込先金融機関名 △△ 銀行 〇〇 支店 口座番号 0987654 ☒ 普通預金 ☐ 当座預金 送金小切手 銀行 支店 そ の 他	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です。) シンジユク タウ (フリガナ) 氏 名 シンジユク タウ 新宿 太郎	
*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□にレ印を記入すること。(領収書を必ず添付してください)
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的非常勤職員をいう。
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。
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。なお、本様式の取扱手数料は発生しません。
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。
※本様式は被災職員が任命権者経由で提出する書類です。各機関で証明後は、被災職員にお渡しください。

*10 診療費請求明細		(職員氏名) 新宿 太郎	
傷病名	ア 頚椎捻挫 イ ウ	診療開始日	ア平成29年1月X日 イ平成 年 月 日 ウ平成 年 月 日
初診	時間外・休日・深夜 1 回 282 点	診療期間	平成29年1月X日から 平成29年1月31日まで
再診	再 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	平成29年1月X日初診 XP 施行
指導	往 診 回 夜 間 回 深 夜 ・ 緊 急 回 在宅患者訪問診療の 他 回 そ の 他 回	転帰	平成 29 年 1 月 31 日 治 ゆ 継続 転 医 中 止 死 亡
在宅	内服 { 薬剤 調剤 × 単位 回 屯服 { 薬剤 調剤 × 単位 回 外用 { 薬剤 調剤 × 単位 回 処方 麻毒 調基 × 回	摘 要	
注射	皮下 筋肉 内 回 静 脈 内 回 そ の 他 回	注射 306×1 撮影回数 3回 電子画像管理加算 57×1 (単純撮影)	
処置	薬剤 回		
手術	薬剤 回		
検査	薬剤 回		
画像診断	薬剤 1 回 363 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		
入院	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 645×10 点単価	6,450 円	
診療報酬点数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	6,450 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、診療に当たった診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。)			
診療機関の { 所 在 地 名 称 氏 名 平成 年 月 日			

*10 診療費請求明細		(職員氏名) 新宿 太郎	
傷病名	ア 右鎖骨遠位端骨折 イ 右肩甲骨骨折 ウ	診療開始日	ア平成29年2月X日 イ平成29年2月X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4月1日から 平成29年4月20日まで
再診	再 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	経過良好
指導	往 診 回 夜 間 回 深 夜 ・ 緊 急 回 在宅患者訪問診療の 他 回 そ の 他 回	転帰	平成 29 年 4 月 20 日 治 ゆ 継続 転 医 中 止 死 亡
在宅	内服 { 薬剤 調剤 × 単位 回 屯服 { 薬剤 調剤 × 単位 回 外用 { 薬剤 調剤 × 単位 回 処方 麻毒 調基 × 回	摘 要	
注射	皮下 筋肉 内 回 静 脈 内 回 そ の 他 回	(12) 再診料 5,560 円 (13) 再診時療養指導管理料 3,680 円 休業補償証明書1通 2,000 円 (平成29年2月分)	
処置	薬剤 回		
手術	薬剤 回		
検査	薬剤 回		
画像診断	薬剤 3 回 861 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		
入院	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 1069×12 点単価	12,828 円	
診療報酬点数により計算できないもの	診断書料・入院室料差額等	11,240 円	
診療費請求合計額	24,068 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、診療に当たった診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。)			
診療機関の { 所 在 地 名 称 氏 名 平成 29 年 6 月 5 日			