

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。

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	年 月 日	※ 認定番号	~
※ 所属部局		※ (フリガナ) 被災者氏名	

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 1 この請求書は、公益社団法人東京都柔道整復師会又は公益社団法人埼玉県接骨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、月ごとに所属する公益社団法人東京都柔道整復師会又は公益社団法人埼玉県接骨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」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レ印をつけ、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。
- 9 年月日の記載には元号を用いてください。

※ 所属事務担当者	係名	氏名	氏名	電話	
-----------	----	----	----	----	--

初請求  
継続請求

療 養 費 の 内 訳										( 年 月 分 )						
負傷名					負傷の原因											
診療期間	年	月	日から	診療日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	診療 実日数	日
	年	月	日まで		11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		
					21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
現在の 状態	年 月 日			傷病の 経過												
	<input type="checkbox"/> 治ゆ <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"/> 施術証明書 <input type="checkbox"/> その他 ( )					円										
そ の 他																
療 養 費 の 合 計				円												

- 注 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同一数値となります。  
 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。