

# 療養補償請求書

|      |              |
|------|--------------|
| 認定番号 |              |
| 請求回数 | 第 回 ( 年 月 日) |

|   |                |       |
|---|----------------|-------|
| 地方公務員災害補償基金東京都支部長...殿<br><br>下記の療養補償を請求します。 | 請求年月日          | 年 月 日 |
|   | 請求者の住所         |       |
|   | 氏 名 (フリガナ) 氏 名 |       |

|                |   |  |
|----------------|---|--|
| 1<br>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。<br>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。<br>受任者の { 住 所.....<br>{ 医療機関等の名称.....<br>{ 氏 名 (代表者名)..... |  |

|                  |             |  |
|------------------|-------------|--|
| 2<br>被関災す職する員事に項 | 所属団体名       | 所属部局名 (電話番号)   |
|                  | 氏 名         | 職 名 <input type="checkbox"/> 常 勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員 |
|                  | 年 月 日生 ( 歳) | 負 傷 又 は 発病の年月日 年 月 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   | 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 |
|   |                    | 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 年 月 日から 年 月 日まで キロメートル <input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復 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) |   | 円 |

|              |   |          |        |   |
|--------------|---|----------|--------|---|
| 9<br>送金希望の場合 | 振 込 み   | 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です。)<br><br>(フリガナ)<br>氏 名 |
|              |   | 銀行 支店    |        |   |
|              | 口座番号  |          |        |   |
|              | <input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金 |          |        |   |
| 送金小切手        | 銀行 支店   |          |        |   |
| その他          |   |          |        |   |

|                |            |            |            |
|----------------|------------|------------|------------|
| * 受理 (到達した年月日) | 所属部局 年 月 日 | 任命権者 年 月 日 | 基金支部 年 月 日 |
| * 通知 年 月 日     | * 支払 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。
- 10 年月日の記号には元号を用いる。

**※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)       |     |       |    |    |      |       |   |     |
|---|-----------|--------------|-----|-------|----|----|------|-------|---|-----|
| 傷病名   | ア         | 診療開始日        | ア   | 年     | 月  | 日  | 診療期間 | 年     | 月 | 日から |
|   | イ         |              | イ   | 年     | 月  | 日  |      | 年     | 月 | 日まで |
|   | ウ         |              | ウ   | 年     | 月  | 日  |      | 診療実日数 | 日 |     |
| 初診  | 時間外・休日・深夜 | 回            | 点   |       |    |    |      |       |   |     |
| 再診  | 再診        | ×            | 回   | 傷病の経過 |    |    |      |       |   |     |
|   | 外来診療料     | ×            | 回   |       |    |    |      |       |   |     |
|   | 継続管理加算    | ×            | 回   |       |    |    |      |       |   |     |
|   | 外来管理加算    | ×            | 回   |       |    |    |      |       |   |     |
|   | 時間外       | ×            | 回   |       |    |    |      |       |   |     |
| 指導  | 休日        | ×            | 回   | 転帰    |    |    |      |       |   |     |
|   | 深夜        | ×            | 回   |       |    |    |      |       |   |     |
| 在宅  | 往診        | 回            | 摘 要 |       |    |    |      |       |   |     |
|   | 深夜・緊急     | 回            |     |       |    |    |      |       |   |     |
|   | 在宅患者訪問診察  | 回            |     |       |    |    |      |       |   |     |
|   | その他       | 回            |     |       |    |    |      |       |   |     |
| 投薬  | 内服        | ×            | 単位  |       |    |    |      |       |   |     |
|   | 調剤        | 回            |     |       |    |    |      |       |   |     |
|   | 屯服        | ×            | 単位  |       |    |    |      |       |   |     |
|   | 調剤        | 回            |     |       |    |    |      |       |   |     |
|   | 外用        | ×            | 単位  |       |    |    |      |       |   |     |
| 注射  | 処方        | ×            | 回   |       |    |    |      |       |   |     |
|   | 麻毒        | 回            |     |       |    |    |      |       |   |     |
|   | 調基        | 回            |     |       |    |    |      |       |   |     |
| 処置  | 皮下        | 回            |     |       |    |    |      |       |   |     |
|   | 筋肉内       | 回            |     |       |    |    |      |       |   |     |
| 手術・麻酔   | 静脈内       | 回            |     |       |    |    |      |       |   |     |
|   | その他       | 回            |     |       |    |    |      |       |   |     |
| 検査  | 薬剤        | 回            |     |       |    |    |      |       |   |     |
|   | 薬剤        | 回            |     |       |    |    |      |       |   |     |
| 画像診断  | 薬剤        | 回            |     |       |    |    |      |       |   |     |
|   | 薬剤        | 回            |     |       |    |    |      |       |   |     |
| 入院  | 入院年月日     | 年            | 月   | 日     |    |    |      |       |   |     |
|   | 病・診・衣     | 入院基本料・加算     | ×   | 日間    |    |    |      |       |   |     |
|   |           | ×            | 日間  |       |    |    |      |       |   |     |
|   |           | ×            | 日間  |       |    |    |      |       |   |     |
|   |           | ×            | 日間  |       |    |    |      |       |   |     |
| 特定入院料・その他   |           |              | 食事  | 基準    | 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。) |           |              |     |       |    |    |      |       |   |     |
| 年 月 日 診療機関の { 所在地<br>名称<br>氏名                                       |           |              |     |       |    |    |      |       |   |     |

〔診療費請求明細〕 歯科用

|  |                            |             |        |          |        |        |              |                  |      |                  |     |                  |    |        |                |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |             |    |    |    |    |
|--|----------------------------|-------------|--------|----------|--------|--------|--------------|------------------|------|------------------|-----|------------------|----|--------|----------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-------------|----|----|----|----|
| (職員氏名)   |                            |             |        |          |        |        |              |                  |      |                  |     |                  |    |        | 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<br>部位                                      |                            |             |        |          |        |        |              |                  |      |                  |     |                  |    |        |                |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | 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<br>線<br>検<br>査                               | 金額                         | 枚           | 模      | S 培      |        | 平測     |              | 基本<br>検<br>査     |      | 精密<br>検<br>査     |     | その他              |    |        |                |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |             |    |    |    |    |
|  | 片額                         | 枚           | 写      | 顎運動      |        |        |              |                  |      |                  |     |                  |    |        |                |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |             |    |    |    |    |
|  | 標                          | EMR         |        |          |        |        |              |                  |      |                  |     |                  |    |        |                |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |             |    |    |    |    |
|  | パ                          |             |        |          |        |        |              |                  |      |                  |     |                  |    |        |                |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |             |    |    |    |    |
| 処<br>置<br>・<br>手<br>術                          | う触                         |             | 覆罩     |          | 填塞     |        | 除去           |                  | 知覚過敏 |                  | 咬調  |                  |    |        |                |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |             |    |    |    |    |
|  | 抜<br>髓                     | 感染<br>根処    |        | 根管<br>貼薬 |        | 根<br>充 |              | 抜<br>髓<br>即<br>充 |      | 感<br>根<br>即<br>充 |     | 加<br>圧<br>根<br>充 |    | 生<br>切 |                |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |             |    |    |    |    |
|  |                            |             |        |          |        |        |              |                  |      |                  |     |                  |    | 失<br>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<br>冠<br>修<br>復<br>及<br>び<br>欠<br>損<br>補<br>綴 | 補診                         |             | 維持管理   |          |        |        | 印象           |                  |      |                  |     |                  |    |        |                |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |             |    |    |    |    |
|  | 歯<br>冠<br>形<br>成           | 生<br>活<br>鑄 | 前<br>鑄 | 失<br>活   | 前<br>鑄 | 窩<br>洞 | 充<br>形       | 修<br>形           | 咬合   |                  |     |                  |    |        |                |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |             |    |    |    |    |
|  |                            |             |        |          |        |        |              |                  | 試適   |                  |     |                  |    |        |                |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |             |    |    |    |    |
|  |                            |             |        |          |        |        |              |                  | 支台   | メタル前小            | 大   |                  |    |        |                |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |             |    |    |    |    |
|  | 築造                         |             | その他前小  |          | 大      |        |              |                  |      |                  |     |                  |    |        |                |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |             |    |    |    |    |
|  | 鑄<br>造<br>歯<br>冠<br>修<br>復 | 乳前小銀        |        |          |        | TEK    |              | 充填               |      |                  |     |                  |    |        |                |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |             |    |    |    |    |
|  |                            | 前小パ         |        |          |        | 硬ジ     |              | 充                | 充I   |                  |     |                  |    |        |                |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |             |    |    |    |    |
|  |                            | 前小ニ         |        |          |        | ジ      |              | 填                | 充II  |                  |     |                  |    |        |                |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |             |    |    |    |    |
|  |                            | 大パ          |        |          |        | 修理     |              | 材                | 充III |                  |     |                  |    |        |                |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |             |    |    |    |    |
|  |                            | 大銀          |        |          |        | 装着     |              | 料                | その他  |                  |     |                  |    |        |                |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |             |    |    |    |    |
|  |                            | 大ニ          |        |          |        | 装着     |              | 付付-              |      |                  |     |                  |    |        |                |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |             |    |    |    |    |
|  | 1 4 K                      |             |        |          | 材料     |        | 仮着           |                  |      |                  |     |                  |    |        |                |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |             |    |    |    |    |
| ホ<br>ン<br>テ<br>ィ<br>ッ<br>ク                     | 鑄                          | バク          | パ      |          | 銀      |        | Br<br>装<br>着 | バ<br>ー           | 鑄    | パ                | ニ   |                  |    |        |                |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |             |    |    |    |    |
|  | 造                          | ニ           | ニ      |          | 銀      |        |              |                  | 屈    | バ上               | 下   |                  |    |        |                |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |             |    |    |    |    |
| 前装   |                            | ニ           |        | 銀        |        |        |              | 曲                | 不特   | 保                |     |                  |    |        |                |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |             |    |    |    |    |
| 有<br>床<br>義<br>歯                               | 1~4歯                       |             |        |          |        |        |              |                  | 線鉤   |                  | 人工歯 |                  |    |        |                |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |             |    |    |    |    |
|  | 5~8歯                       |             |        |          |        |        |              |                  |      |                  |     |                  |    |        |                |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |             |    |    |    |    |
|  | 9~11歯                      |             |        |          | 床裏装    |        | 鑄造鉤          |                  |      |                  |     |                  |    |        |                |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |             |    |    |    |    |
|  | 12~14歯                     |             |        |          |        |        |              |                  |      |                  | 床修理 |                  |    |        |                |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |             |    |    |    |    |
|  | 総義歯                        |             |        |          |        |        |              |                  |      |                  |     |                  |    |        |                |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |             |    |    |    |    |
| その他  |                            |             |        |          |        |        |              |                  |      |                  |     |                  |    |        |                |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |             |    |    |    |    |
| その他  |                            |             |        |          |        |        |              |                  |      |                  |     |                  |    |        |                |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |             |    |    |    |    |
| 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。)               |                            |             |        |          |        |        |              |                  |      |                  |     |                  |    |        |                |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |             |    |    |    |    |

|  |   |
|--|---|
| 文書料<br><input type="checkbox"/> 認定時診断書<br><input type="checkbox"/> 休業補償証明<br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>  | その他点数で算定できないもの等<br><input type="checkbox"/> 初診<br><input type="checkbox"/> 再診<br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |
| 摘 要<br><br><br>  |   |
| 点数で算定するものの合計（表面①の点数×1点単価）<br>点 × 円 =   | 点数で算定できないものの合計額<br>円③   |
| 請求額（②+③）<br>円  |   |
| 歯科医師の証明<br>（※ 本人が請求する場合は、この欄に歯科医師による内容証明を受け、領収書等を添付してください。なお、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には、この欄の記入は <b>不要</b> です。）<br><br>上記の事項は、事実と相違ないことを証明します。<br><br>年 月 日<br><br>診療機関の { 所在地<br>{ 名 称<br>{ 歯科医師の氏名 |   |

注1 労災診療単価（課税医療機関1点12円、非課税医療機関1点11.5点）により算定することができます。

2 補償の範囲は、原則として、健康保険における療養の給付の範囲と同様です。

3 薬名、回数等は、すべて摘要欄に記入してください。

|  |            |                 |                  |       |      |             |     |     |
|--|------------|-----------------|------------------|-------|------|-------------|-----|-----|
| *11 調剤費請求明細  |            |                 | (職員氏名)           |       |      |             |     |     |
| 処方せんを交付した診療機関の   |            | 名称              |                  |       |      |             |     |     |
|  |            | 所在地             |                  |       |      |             |     |     |
| 担当医氏名  |            | 1.<br>2.        | 3.<br>4.         |       |      |             |     |     |
| 調剤期間   |            | 年 月 日から 年 月 日まで |                  |       | 日間   | 調剤実日数 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 |
|  | ・          | ・               |                  | 点     |      | 点           | 点   | 点   |
|  | ・          | ・               |                  |       |      |             |     |     |
|  | ・          | ・               |                  |       |      |             |     |     |
|  | ・          | ・               |                  |       |      |             |     |     |
|  | ・          | ・               |                  |       |      |             |     |     |
|  | ・          | ・               |                  |       |      |             |     |     |
|  | ・          | ・               |                  |       |      |             |     |     |
|  | ・          | ・               |                  |       |      |             |     |     |
|  | ・          | ・               |                  |       |      |             |     |     |
|  | ・          | ・               |                  |       |      |             |     |     |
|  | ・          | ・               |                  |       |      |             |     |     |
|  | ・          | ・               |                  |       |      |             |     |     |
|  | ・          | ・               |                  |       |      |             |     |     |
|  | ・          | ・               |                  |       |      |             |     |     |
|  | ・          | ・               |                  |       |      |             |     |     |
|  | ・          | ・               |                  |       |      |             |     |     |
|  | ・          | ・               |                  |       |      |             |     |     |
|  | ・          | ・               |                  |       |      |             |     |     |
|  | ・          | ・               |                  |       |      |             |     |     |
|  | ・          | ・               |                  |       |      |             |     |     |
| 処方せん受付回数   | 回          | 摘要              |                  |       |      |             |     |     |
| 調剤基本料 (点)  | 時間外加算等 (点) |                 | 指導料 (点)          |       |      | 合計点数 点      |     |     |
|  |            |                 |                  |       |      | 合計金額 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、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。)</p> <p>年 月 日</p> <p>薬局の { 所在地<br/>          { 名 称<br/>          { 薬剤師の氏名</p> <p style="text-align: right;">(印)</p> |            |                 |                  |       |      |             |     |     |