

様式第 6 号

療養補償請求書

		認定番号	〇〇〇〇-〇〇〇〇	
		請求回数	第 〇 回 (令和 2 年 9 月分)	
地方公務員災害補償基金東京都支部長...殿 下記の療養補償を請求します。		請求年月日	令和 2 年 〇 月 〇 日	
		請求者の住所	〒000-0000 東京都〇〇市〇〇町 1-2	
		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 東海整形外科・東海一夫 に委任します。 委任者の氏名 新宿太郎			
	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 東京都〇△市〇〇町 10-1 医療機関等の名称 東海整形外科 氏名(代表者名) 東海一夫			
2 被関災す職する員事に項	所属団体名	東京都		
	氏名	所属部局名	(電話番号 5 3 2 1 - 1 1 1 1) 〇〇局〇〇部	
	職名	□常勤 □令第 1 条職員		
	昭和 4 5 年 2 月 1 日生 (5 0 歳)	負傷又は発病の年月日	令和 2 年 7 月 5 日	
3	診療費	内訳は「*10 診療費請求明細」欄記載のとおり	20,650 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) 年 月 日まで (□有 □無)	円	
6	移送費	<input type="checkbox"/> 交通費	円	
		から まで キロメートル □片道 □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)	20,650 円		
9 送金希望の場合	振込み	振込先金融機関名	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。)	
		△△銀行 ×× 支店	トウカイセイケイゲカ 東海整形外科	
	口座番号 0101234	預金名義者名	(フリガナ)	
	<input checked="" type="checkbox"/> 普通預金 □当座預金		氏名 トウカイカズオ 東海一夫	
送金小切手	銀行 支店			
その他				
* 受理	所属部局	任命権者	基金支部	
(到達した年月日)	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
* 通知	年 月 日	* 支払	年 月 日	* 決定金額 円

本人記入

医療機関で記入

〔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、自筆による署名ではない場合、本人確認を行うことがあります。
- 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	右下腿骨骨折		診療開始日	ア	令和2年9月15日	診療期間	令和2年9月15日から
	イ				イ	年月日		令和2年9月30日まで
	ウ				ウ	年月日		
初診	時間外・休日・深夜	回	点	傷病の経過	診療実日数			2日
再診	再診	1	1	転帰	年 月 日			
	外来診療料	×	1		治	ゆ	継	続
	継続管理加算	×	回		転	医	中	止
	外来管理加算	×	回		死	亡		
	時間外	×	回		摘 要			
休日	×	回	初診料 3,820円					
深夜	×	回	再診料 1,400円					
在宅	在宅患者訪問診療	回	再診時療養管理指導料 920円					
投薬	内服	×	単位	小計 6,120円 認定傷病以外のものはみとめられません				
	調剤	×	回					
	外用	×	単位					
	調剤	×	回					
注射	皮下	回	回	処置	*四肢ギブスシーネ (半肢) (片) 780×1			
	筋内	回	回		創傷処置 (100 未満)			
処置	薬剤	2	848	画像	労災 (1.5倍) (処置)	68×1		
	薬剤	回	6		イソジン液 10% 4			
検査	薬剤	回	回	画像	ゲンタシン軟膏 0.1% 1mg 4g	6×1		
	薬剤	回	回		* (下腿)	224×2		
画像	薬剤	1	244	その他	単純撮影 (デジタル撮影) 2回			
	その他	処方せん	2回 136		単純撮影の写真診断 2回			
入院	入院年月日	年 月 日	入院基本料・加算	電子媒体保存撮影 2回				
	病・診・衣	×		日間	電子画像管理加算 (単純撮影)			
院	特定入院料・その他	×	日間	*処方せん料	68×2			
		×	日間	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	1215 × 12	14,580	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		6,120	円	
診療費請求合計額						20,700	円	

医療機関で記入

明細 (薬品名・検査名・治療材料等) を記入

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) 所在地

[注意事項] 本様式への記載に代えて医療機関が電算で打ち出したもの等を明細として添付することができます。また、歯科医院の場合は、歯科用「診療費明細書」、接骨院・整骨院の場合は接骨院・整骨院用「診療費明細書」を添付することができます。

(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 部位	認定傷病名を必ず記載してください																									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 線 検 査	全顎		枚		模		S 培		平測		基本		精密		その他																
	片顎		枚		写		顎運動				検査		検査		他																
	標				EMR																										
	パ																														
処 置 ・ 手 術	う蝕		覆		填塞		除去		知覚過敏		吹調																				
	抜髄		感染根処		根管貼薬		根充		抜髄即充		感根即充		加圧根充		生切																
	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 冠 修 復 及 び 欠 損 補 綴	補診		維持管理		印象																										
	歯冠形成		生活		前		失活		前		窩洞		充形		咬合		試適		支台		メタル前小		大		その他前小		大				
	乳前小銀				TEK				充填																						
	前小パ				硬ジ				充		充I																				
	前小二				ジ				充		充II																				
	大パ				修理				材		充III																				
	大銀				装着				材		その他																				
	大ニ				装着						リテイナー																				
	14K				材料						仮着																				
	ボンテ		バ		バ		バ		Br		装着		バ		鑄		パ		ニ		屈		上		下		保				
イック		前装		バ		ニ		銀																							
有 床 義 歯	1~4歯										線鈎		人工歯																		
	5~8歯																														
	9~11歯				床裏装																										
	12~14歯						鑄造鈎						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。)																															

医療機関で記入

様式第 6 号

療養補償請求書

認定番号	〇〇〇〇-〇〇〇〇
請求回数	第 〇 回 (令和 2 年 9 月分)

地方公務員災害補償基金東京都支部長...殿 下記の療養補償を請求します。	請求年月日	令和 2 年 〇 月 〇 日
	請求者の住所	〒000-0000 東京都〇〇市〇〇町 1-2
	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	東海調剤薬局	に委任します。
	委任者の氏名	新 宿 太 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	東京都〇△市〇〇町 10-1
		医療機関等の名称	東海調剤薬局
		氏名(代表者名)	東 海 一 夫

2 被関災す職する員事に項	所属団体名	東 京 都	所属部局名	(電話番号 5 3 2 1 - 1 1 1 1) 〇〇局〇〇部
	氏名	新 宿 太 郎	職名	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 令第 1 条職員
	昭和 4 5 年 2 月 1 日生 (5 0 歳)	負傷又は発病の年月日	令和 2 年 7 月 5 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	2,700 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) 年 月 日まで (有 無)	円
6	移送費	<input type="checkbox"/> 交通費 から 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)		2,700 円

9 送金希望の場合	振込み	振込先金融機関名	△△銀行 ×× 支店	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。)	トウカイチョウザイヤッキョク 東海調剤薬局
		口座番号	0 1 0 1 2 3 4			
		<input checked="" type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金			(フリガナ)	
	送金小切手	銀行 支店			氏名	トウ カイ カズ オ 東 海 一 夫

* 受理	所属部局	任命権者	基金支部
(到達した年月日)	年 月 日	年 月 日	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、自筆による署名ではない場合、本人確認を行うことがあります。
 - 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。**

本人記入

薬局で記入

認定傷病名

消費税は非課税です

*10 診療費請求明細				(職員氏名)								
傷病名	ア	右下腿骨骨折		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	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							
	夜間			回								
	深夜・緊急			回								
	在宅患者訪問診療			回								
投薬	内服	薬剤調剤	×	単位								
	屯服		薬剤調剤	×								単位
	外用	薬剤調剤		×								単位
			処方	×								回
注射	皮下	筋肉		回								
	静脈	内		回								
処置	その他			回								
	麻酔			回								
検査	手術			回								
	麻酔			回								
画像診断	検査			回								
	その他			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												
診療報酬点数表により計算できるもの	食事	基準	円	×	日間							
			円	×	日間							
			円	×	日間							
診療報酬点数により計算できないもの				合計点数	×	1点単価	円					
診療費請求合計額				診断書料・入院室料差額等		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 名称 氏名

記入は必要ありません

*11 調剤費請求明細			(職員氏名) 新宿太郎					
処方せんを交付した診療機関の		名称	東海整形外科					
		所在地	東京都〇△市〇〇町15-1					
担当医氏名		1. 東海茂雄		3.				
		2.		4.				
調剤期間		令和2年9月5日から2年9月28日まで24日間				調剤実日数 2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
1	9・5	9・5	ロキソプロフェンNa錠60mg 3T	2	7	35	14	
	・	・	内服 分三 毎食後服用					
	・	・						
1	9・5	9・5	タッチロンパップ30 14枚	16	1	10	16	
	・	・	外用 貼付剤 1日2枚7日分					
	・	・						
1	9・28	9.28	ゲンタシン硫酸塩軟膏	15	1	10	15	
	・	・	0.1% タイヨー 20mg					
	・	・	外用 塗布剤					
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
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		
薬A 82				薬A 1 薬D1		270 点		
				88		合計金額 2,700 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 名称 薬剤師の氏名</p> <p style="text-align: right;">㊞</p>								

薬局で記入

※認定傷病以外に係る処方方は認められません

※ 本様式に「別添え記載のとおり」と記入し、薬局が電算で打ち出したもの等を明細として添付することができます。

療養補償請求書

認定番号	〇〇〇〇-〇〇〇〇
請求回数	第 〇 回 (令和 2 年 9 月分)

地方公務員災害補償基金東京都支部長...殿 下記の療養補償を請求します。	請求年月日	令和 2 年 〇 月 〇 日
	請求者の住所	〒000-0000 東京都〇〇市〇〇町 1-2
	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。 受任者の { 住所..... 医療機関等の名称..... 氏名 (代表者名).....

2 被関災寸職する員事に項	所属団体名	東京都	所属部局名	(電話番号 5 3 2 1 - 1 1 1 1) 〇〇局〇〇部
	氏名	新宿太郎	職名	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 令第 1 条職員
	昭和 4 5 年 2 月 1 日生 (5 0 歳)	負傷又は発病の年月日	令和 2 年 7 月 5 日	

3	診療費	内訳は「*10 診療費請求明細」欄記載のとおり	20,650 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) 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	円
6	移送費	<input type="checkbox"/> 交通費	円
		から まで キロメートル <input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復 回 <input type="checkbox"/> 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)		20,650 円

9 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。)
		△△銀行 ×× 支店		
	口座番号 0109876			
送金小切手	<input checked="" type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金	銀行 支店		
その他				

* 受理	所属部局	任命権者	基金支部
(到達した年月日)	年 月 日	年 月 日	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、自筆による署名ではない場合、本人確認を行うことがあります。
 - 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。**

記入不要

本人記入

※本人の口座名義等を正確に記入

療養補償請求書

認定番号	〇〇〇〇-〇〇〇〇
請求回数	第〇回（令和2年9月分）

地方公務員災害補償基金東京都支部長...殿 下記の療養補償を請求します。	請求年月日	令和2年〇月〇日
	請求者の住所	〒000-0000 東京都〇〇市〇〇町1-2
	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。 受任者の { 住所..... 医療機関等の名称..... 氏名（代表者名）.....

2 被災する職員に項	所属団体名	東京都	所属部局名	(電話番号5321-1111) 〇〇局〇〇部
	氏名	新宿太郎	職名	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員
	昭和45年2月1日生(50歳)	負傷又は発病の年月日	令和2年7月5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) 年 月 日まで (有 無)	円
6	移送費	<input type="checkbox"/> 交通費	円
		から まで キロメートル <input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復 回 <input type="checkbox"/> その他の移送費	
7	上記以外の療養費		5,200 円
8	療養補償請求金額 (3~7の合計額)		5,200 円

9 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。)
		△△銀行 ××支店		
	口座番号 0109876			
	<input checked="" 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	所属部局	任命権者	基金支部
(到達した年月日)	年 月 日	年 月 日	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、自筆による署名ではない場合、本人確認を行うことがあります。
 - 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。

記入不要

本人記入

※本人の口座名義等を正確に記入

認定傷病名

消費税は非課税です

*10 診療費請求明細				(職員氏名) 新宿太郎								
傷病名	ア	右下腿骨骨折		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									
休	日	×	回	転帰	年 月 日							
	夜	×	回		治	ゆ	継	続	転	医	中	止
指導												
在宅	往診	回										
	夜間	回										
	深夜・緊急	回										
投薬	在宅患者訪問診療	回										
	その他	回										
	薬剤	回										
	内服	×	単位									
外用	薬剤	×	単位									
	薬剤	×	単位									
	薬剤	×	単位									
注射	皮下	回										
処置	筋肉内	回										
	静脈内	回										
手術・麻酔	その他	回										
	薬剤	回										
検		回										

※ 請求の内容に応じた医師の証明書、領収書等を添付してください（添付資料については、P116「療養補償請求書の添付書類一覧」を参照してください。）。

院	×	日間	食事	基準	円	×	日間
	×	日間			円	×	日間
特定入院料・その他					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			
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 名称 氏名			