様式第６号

１ 号 紙

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 療 養 補 償 請 求 書 | 認定番号 |  |
| 請求回数 | 第　　回（　　　年　　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　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 請求者の住所　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　 　 |
| 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。　　　　　　　　住　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受任者の　医療機関等の名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名（代表者名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 2被関災す職る員事に項 | 所属団体名 | 所属部局名　　　（電話番号　　　　　　　　） |
| 氏　　　　名 | 職　　　名 | □常　　　　勤□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 | □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□有　　□無 | 円 |
| 　　年　　月　　日まで |
| 6 | 移送費 | □交通費 | 円 |
| 　　　から　　まで　　キロメートル | □片道 | 回 |
| □往復 |
| □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｡) |
| 口座番号 |
| □普通預金　　　　　□当座預金 | （フリガナ）氏　　　名 |
| 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 | 任 命 権 者 | 基 金 支 部 |
| 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、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。**

２ 号 紙

|  |  |
| --- | --- |
| \*10診療費請求明細 | （職員氏名）診療期間 |
| 傷病名 | ア診療開始日イウ | 診療実日数ア　　　年　月　日イ　　　年　月　日ウ　　　年　月　日日摘　　　　　　　　　　　　　　　　　要死　亡中　止転　医継　続　　　年　　　月　　　日治　ゆ 　年 　月 　日から 　年 　月 　日まで |
| 初診 | 時間外・休日・深夜　　　　回　　　点傷病の経過 |
| 再診 | 再診外来診療料継続管理加算外来管理加算時間外休日深夜 | 　 　　×　　回　 　　×　　回　 　　×　　回　 　　×　　回　 　　×　　回　 　　×　　回転 帰　 　　×　　回 |
| 指導 |  |
| 在宅 | 往診夜間深夜・緊急在宅患者訪問診察その他薬剤 | 　 　　　　　回　 　　　　　回　 　　　　　回　 　　　　　回　 　　　　　回 |
| 投薬 | 内服 | 薬剤　　　　　　 　単位調剤　　　　　 ×　　回 |
| 屯服 | 薬剤　　　　　　 　単位調剤　　　　　 ×　　回 |
| 外用 | 薬剤　　　　　　 　単位調剤　　　　　 ×　　回 |
| 処方麻毒調基 | 　　　　　　　 ×　　回　　　　　　　　　　 回 |
| 注射 | 皮下筋肉内静脈内その他 | 　　　　　　 回　　　　　　 回　　　　　　 回 |
| 処置麻 酔手術・ | 薬剤 | 　　　　　　　　　回　　　　　　　　　回 |
|  | 薬剤 | 　　　　　　　　　回　　　　　　　　　回 |
| 検査 | 薬剤 | 　　　　　　　　　回　　　　　　　　　回 |
| 診断画像 | 薬剤 | 　　　　　　　　　回　　　　　　　　　回 |
| その他 |  |
| 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　　　×　　　日間 |
| 特定入院料・その他合計点数 | 食　事 | 基準１点単価 | 　　　　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診断書料・入院室料差額等 | × | 円 |
| 診療報酬点数により計算できないもの |  | 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。）　　　所　在　地　　　　　　　　　　　　　　　　　診療機関の　 名　　　称　　　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　 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 | 衛実 | 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 | 基本検査 |  | 精密検査 |  | その他 |  |  |
| 片顎　　　　枚 | 写 | 顎運動 |  |  |  |
| 標 | EMR |  |  |
| パ |  |  |  |
| 処置・手術 | う触 | 覆罩 | 填塞 | 除去　　　　　　　　 | 知覚過敏 | 咬調 |  |
| 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 |  |
| 失切 |  |
|
| ＳＣ |  | ＳＲＰ　前　　　　　　　　　小　　　　　　　　　大 |  |
| PCur | 前　　　　　　　　小　　　　　　　大 | ＳＰＴ | Ｐ処 |
| 抜歯 | 乳　　　　　前　　　　　　臼　　　　　　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 | 前鋳ジ | 失活 | 前鋳ジ | 窩洞 |  | 充形修形 | 咬合 |
| 試適 |
| 支台築造 | メタル前小　　　大その他前小　　　大 |
| 鋳造歯冠修復 | 乳前小銀 | TEK |  | 充填 |  |  |
| 前小パ | 硬ジ |  | 充填材料 | 充Ⅰ |  |
| 前小ニ | ジ |  | 充Ⅱ |  |
| 大パ | 修理 |  | 充Ⅲ |  |
| 大銀 | 装着 |  | その他 |  |
| 大ニ | 装着材料 |  | ﾘﾃｲﾅｰ |  |
| 14K |  | 仮着 |  |
| ﾎﾟﾝﾃｨｯｸ | 鋳造 | パ大ニ | 銀 | パ小銀 | Bｒ装着 |  | バ｜ | 鋳 | パ | ニ |  |
| 屈曲 | パ上 | 下 |
| 前装 | パ　　　　　　　ニ　　　　　　銀 | 不特 | 保 |
| 有床義歯 | １～４歯 | 床裏装 |  | 鋳造鉤 |  | 線鉤　　　　　　　　 | 人工歯 |  |  |
| 5～8歯 |  |  |
| ９～11歯 |  |  |
| 12～14歯 |  |  | 床修理 |
| 総義歯 |  |  |
| その他 |  |
| その他 |  |  |
| 合　計　点　数　①（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。） | 点 |

|  |  |
| --- | --- |
| 文書料　□　認定時診断書 円□　休業補償証明 円□ 円□ 円□ | その他点数で算定できないもの等□　初診 円□　再診 円□□ |
| 摘　要 |
| 点数で算定するものの合計（表面①の点数×１点単価）　　　　　　　　　　点　×　　　　　円＝　　　　　　　　　　円② | 点数で算定できないものの合計額円③ |
| 請求額（②＋③）円 |
| 歯科医師の証明　（※　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、この欄の記入は不要です。）上記の事項は、事実と相違ないことを証明します。　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　 診療機関の　　  |

　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。

3 号 紙

|  |  |
| --- | --- |
| \*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．　　　　　　　　　　　　　　　　　　3．2．　　　　　　　　　　　　　　　　　　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 |
| 　　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。）　　　　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 所　 在　 地　　　　　　　　　　　　　　薬局の　 　名　　　　称　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　薬剤師の氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　 |