

記載例11 療養補償請求書（診療費）
様式第6号

（受領委任の場合）

1号紙

療養補償請求書		認定番号	〇〇〇〇 - 〇〇〇〇		
		請求回数	第 1 回（令和5年1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5年2月15日		
		請求者の住所	〒111-1111 東京都〇〇市〇〇町1-2		
		フリガナ 氏名	シンジユク タロウ 新宿 太郎 (自署又は押印)		
1 受補償委任費用の	この請求書による療養補償の費用の受領を 委任者の氏名		東海整形外科・東海 一夫 新宿 太郎 に委任します。		
	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		医療機関等の名称	東海整形外科		
		所在地	東京都〇〇市〇〇町10-1		
		氏名（代表者名）	東海 一夫		
2 関係する被災職事員に	所属団体名	東京都	フリガナ 氏名	シンジユク タロウ 新宿 太郎	
	所属部局名 (電話番号)	〇〇局〇〇部 03-5432-1111	平成5年2月2日生（〇〇歳）		
	職名	主事 <input checked="" type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員	負傷又は発病の年月日	令和5年1月6日	
3 診療費	内訳は「*10 診療費請求明細」欄記載のとおり		20,960 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 年 月 日まで	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 円 <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 (3~6以外)	円	8 療養補償請求金額 (3~7の合計額)	20,960 円		
9 送金希望口座等	<input checked="" type="checkbox"/> 任意の口座を指定する				
	金融機関名	〇〇銀行	本支店等名	〇〇支店	
	口座種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	0 1 2 3 4 5 6	
	口座名義人 法人機関又は役職の名称（フリガナ） 氏名（フリガナ）		イロウホウジンシャダシ〇〇カイ リジチュウ トウカイ カズオ 医療法人社団〇〇会 理事長 東海 一夫		
	<input type="checkbox"/> その他				
	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する（個人番号は公金受取口座を利用する場合のみ記載してください。）				
	個人番号				
* 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		
* 決定金額	円	* 通知	年 月 日	* 支払	年 月 日

【注意事項】

- 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。
 - 「認定番号」の欄は、1回目の請求においては、記入する必要はないこと。
 - 「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。
 - 令第1条職員とは、定年前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 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。
 - 「7 上記以外の療養費（3～6以外）」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、併せてその領収書及び明細書を添付すること。
 - 「9 送金希望口座等」の欄は、公金受取口座への送金を希望する場合は、送金先金融機関等の口座登録情報を記入する必要はないこと。なお、「法人機関又は役職の名称」については、個人名義の場合は記入不要であること。
 - 「*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。
 - 「診療報酬点数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。
 - 「請求者の氏名」の欄は、自筆による署名でない場合、本人確認を行うことがあります。
 - 年月日の記載には元号を用いる。
- ※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

医療機関で記入

*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5年1月6日	診療期間	令和5年1月6日から
	イ	認定傷病名			イ	年 月 日		令和5年1月31日まで
	ウ				ウ	年 月 日	診療実日数	2 日
初診	時間外・休日・深夜		回 点	傷病の経過	年 月 日			
再診	再	診	1 × 1 回 1		転帰	治 ゆ 継 続 転 医 中 止 死 亡		
	外	来	診 療 料 1 × 1 回 1			年 月 日		
	継	続	管 理 加 算 × 回	治 ゆ 継 続 転 医 中 止 死 亡				
	外	来	管 理 加 算 × 回	年 月 日				
	時	間	外 × 回	治 ゆ 継 続 転 医 中 止 死 亡				
休	日	深 × 回	年 月 日					
深	夜	深 × 回	治 ゆ 継 続 転 医 中 止 死 亡					
指 導				摘 要				
在 宅	往	診	回	認定傷病以外のものは認められません。	初診料			3,820 円
	夜	間	回		再診料			1,400 円
深	夜・緊	急	回		再診時療養管理指導料			920 円
在	宅	訪 問 診 察	回		-----			
そ	の	他	回		小計 6,140 円			
薬	剤	剤	回					
投 薬	内服	薬 剤 調 剤	× 単 位 回					
			× 単 位 回					
	外用	薬 剤 調 剤	× 単 位 回					
			× 単 位 回					
処 方	調 剤	× 回						
麻 毒	調 基	× 回						
注 射	皮 下	筋 肉 内	回					
	静 脈 内	の 他	回					
処 置	薬 剤		2 回 848	処 置	*四肢ギプスシーネ(半肢)(片) 780×1			
	薬 剤		6		創傷処置(100 cm ² 未満)			
手 術 麻 酔	薬 剤		回	画 像	労災(1.5倍)(処置) 68×1			
	薬 剤		回		イソジン液 10% 4 ml			
検 査	薬 剤		回	画 像	ゲンタシン軟膏 0.1% 1 mg 4g 6×1			
	薬 剤		回		*(下腿) 224×2			
画 診 断	薬 剤		1 回 244	画 像	単純撮影(デジタル撮影)2回			
	薬 剤		回		単純撮影の写真診断2回			
そ の 他	処 方 せ ん		2 回 136	そ の 他	電子媒体保存撮影2回			
	入 院 年 月 日		年 月 日		電子画像管理加算(単純撮影)			
入 院	病・診・衣	入 院 基 本 料 ・ 加 算	× 日 間	食 事	基 準	円 × 日 間		
			× 日 間			円 × 日 間		
			× 日 間			円 × 日 間		
			× 日 間			円 × 日 間		
特 定 入 院 料 ・ そ の 他				*処方せん料 68×2				
診療報酬点数表により計算できるもの				合計点数	1235 × 12 1点単価	14,820 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		6,140 円		
診療費請求合計額						20,960 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 (自署又は押印)		

医療機関で記入

明細(薬品名・検査名・治療材料等)を記入

消費税は非課税です。

※ 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・整骨院の場合は柔道整復師用「診療費明細書」を添付することができます。

〔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	認定傷病名を必ず記載してください。																								転 帰						
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	金額	枚	模	S 培		平測		基本 検査		精密 検査		その他																			
	片額	枚	写	顎運動																											
	標	EMR																													
	パ																														
処置・手術	歯		覆罩		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		失切															
		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 齲	失活	前 齲	窩洞	充形	咬合																							
								試適																							
	鑄造歯冠修復	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		料 其他																									
		大 ニ		装着		リテイナー																									
	1 4 K		材料		仮着																										
	ボンテック	鑄	バクニ		バ小銀		Br 装着		バ		鑄		パ		ニ																
		前装	パ		ニ		銀		バ		屈曲		パ上		下																
有床義歯	1~4歯		床裏装		鑄造鉤		線鉤		人工歯																						
	5~8歯						床修理																								
	9~11歯																														
	12~14歯																														
	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

文書料 <input type="checkbox"/> 認定時診断書 円 <input type="checkbox"/> 休業補償証明 円 <input type="checkbox"/> 円 <input type="checkbox"/> 円 <input type="checkbox"/> 円	その他点数で算定できないもの等 <input type="checkbox"/> 初診 円 <input type="checkbox"/> 再診 円 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
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 <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;">診療機関の</div> <div style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;"> 所在地 名称 歯科医師の氏名 </div> </div> <div style="text-align: right;">（自署又は押印）</div>	

医療機関で記入

消費税は非課税です。

- 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。
- 注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。
- 注3 薬名、回数等は、すべて摘要欄に記入してください。

※ 本様式への記載に代えて診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。

療 養 費 の 内 訳												(年 月 分)				
認定傷病名	認定傷病名			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	1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	(始)	月	日						
				時間外				(終)	月	日						
再検料							円	(始)	月	日	(終)	月	日			
指導管理料							円	(始)	月	日	(終)	月	日			
運動療法							円	(始)	月	日	(終)	月	日			
整復固定処置及び初回処置							円	(始)	月	日	(終)	月	日			
後療料							円	(始)	月	日	(終)	月	日			
電療料							円	(始)	月	日	(終)	月	日			
検査料							円	(始)	月	日	(終)	月	日			
文書料	<input type="checkbox"/> 施術証明書		<input type="checkbox"/> 休業証明		<input type="checkbox"/> その他 ()				円							
その他																
療養費の合計												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、施術に当たった柔道整復師または接骨院・整骨院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																
接骨院・整骨院の { 所在地 名称 柔道整復師の氏名																
(自署又は押印)																

接骨院・整骨院等で記入

消費税は非課税です。

注1 印の該当するところには、印で表示して下さい。

2 診療日数は、実際に診療した日を○印で囲んで下さい。○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下さい。

※ 本様式への記載に代えて接骨院・整骨院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。

記載例12 療養補償請求書（薬局）
様式第6号

（受領委任の場合）

1号紙

療養補償請求書		認定番号	〇〇〇〇 - 〇〇〇〇		
		請求回数	第 1 回（令和5年 1 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 5 年 2 月 15 日		
		請求者の住所	〒111-1111 東京都〇〇市〇〇町1-2		
		フリガナ 氏名	シジユク グロウ 新宿 太郎 (自署又は押印)		
1 受補償委任費用の	この請求書による療養補償の費用の受領を 委任者の氏名	千代田調剤薬局 新宿 太郎 に委任します。			
	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 医療機関等の名称 千代田調剤薬局 所在地 千代田区永田町〇-〇 氏名（代表者名） 千代田 一郎			
2 関係する被災職員に	所属団体名	東京都	フリガナ	シジユク グロウ	
	所属部局名 (電話番号 〇〇局〇〇部)	〇〇局〇〇部	氏名	新宿 太郎	
	職名	主事 <input checked="" type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員	所属部局名 (電話番号 〇〇局〇〇部)	〇〇局〇〇部	
			平成 5 年 2 月 2 日生 (〇〇歳)		
			職名	主事 <input checked="" type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員	
			所属部局名 (電話番号 〇〇局〇〇部)	〇〇局〇〇部	
			職名	主事 <input checked="" type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 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			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 年 月 日まで 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		<input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復	円	
	から まで km				
	<input type="checkbox"/> その他の移送費				
7 上記以外の療養費 (3~6以外)	円	8 療養補償請求金額 (3~7の合計額)		2,700 円	
9 送金希望口座等	<input checked="" type="checkbox"/> 任意の口座を指定する	金融機関名	〇〇銀行	本支店等名	〇〇支店
		口座種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	0 0 5 0 4 3 2
		口座名義人	法人機関又は役職の名称 (フリガナ) 氏名 (フリガナ)	チヨダチョウガイヤッキョク チヨダ イチロウ 千代田調剤薬局 千代田 一郎	
	<input type="checkbox"/> その他				
	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する (個人番号は公金受取口座を利用する場合のみ記載してください。)	個人番号			
* 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		
* 決定金額	円	* 通知	年 月 日	* 支払	年 月 日

〔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、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、定年前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 上記以外の療養費 (3~6以外)」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、併せてその領収書及び明細書を添付すること。
 - 7 「9 送金希望口座等」の欄は、公金受取口座への送金を希望する場合は、送金先金融機関等の口座登録情報を記入する必要はないこと。なお、「法人機関又は役職の名称」については、個人名義の場合は記入不要であること。
 - 8 「*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。
 - 9 「診療報酬点数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。
 - 10 「請求者の氏名」の欄は、自筆による署名でない場合、本人確認を行うことがあります。
 - 11 年月日の記載には元号を用いる。
- ※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

医療機関で記入

*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 認定傷病名		イ 年 月 日		年 月 日まで
	ウ		ウ 年 月 日		
初診	時間外・休日・深夜 回 点			診療実日数	日
再診	再診 診料 × 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	年 月 日		
	深夜 × 回		治 ゆ	継 続	転 医
在宅	診問急 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 { 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 × 回				
	麻毒調基 × 回				
注射	皮下筋肉内 回				
	静脈内 回				
処置	その他 回				
	薬剤 回				
手術・麻酔	薬剤 回				
	薬剤 回				
検査	薬剤 回				
	薬剤 回				
画像診断	薬剤 回				
	薬剤 回				
入院	その他				
	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					
食事	特定入院料・その他	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 × 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		所在地 診療機関の		氏 名 (自署又は押印)	

記入の必要なし

消費税は非課税です。

認定傷病名

*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	東京都〇〇市〇〇町15-1					
担当氏	医名	1. 東海 茂雄 3. 2. 4.						
調剤期間		令和5年9月5日から令和5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>(自署又は押印)</p>								

薬局で記入

※認定傷病以外に係る処方せんは認められません。

消費税は非課税です。

※ 本様式への記載に代えて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。

記載例13 療養補償請求書（診療費）
様式第6号

（自己負担した場合）

1号紙

療 養 補 償 請 求 書

		認定番号	〇〇〇〇 - 〇〇〇〇		
		請求回数	第 1 回（令和5年 1 月分）		
請求年月日		令和 5 年 2 月 15 日			
請求者の住所		〒111-1111 東京都〇〇市〇〇町1-2			
フリガナ 氏 名		シンジユク タロウ 新宿 太郎			
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。		(自署又は押印)			
1 受補償委任費用の	この請求書による療養補償の費用の受領を 委任者の氏名		に委任します。		
	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		医療機関等の名称 所在地 氏名（代表者名）			
2 関被する職事員に	所属団体名		東京都		
	所属部局名 (電話番号)		〇〇局〇〇部 03-5432-1111		
	職 名		主事 <input checked="" type="checkbox"/> 常 勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員		
フリガナ		シンジユク タロウ			
氏 名		新宿 太郎			
平成 5 年 2 月 2 日生 (〇〇歳)		負傷又は発病の年月日			
令和 5 年 1 月 6 日					
3 診 療 費	内訳は「*10 診療費請求明細」欄記載のとおり		20,960 円		
4 調 剤 費	内訳は「*11 調剤費請求明細」欄記載のとおり		2,100 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 年 月 日まで		看護士の資格 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
6 移 送 費	<input type="checkbox"/> 交通費		<input type="checkbox"/> 片道 <input checked="" type="checkbox"/> 往復		
	から まで km		回		
<input type="checkbox"/> その他の移送費				円	
7 上記以外の療養費 (3~6以外)	円		8 療養補償請求金額 (3~7の合計額)	23,060 円	
9 送金希望口座等	<input checked="" type="checkbox"/> 任意の口座を指定する				
	金融機関名		〇〇銀行		
	口座種別		<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		
口座名義人		法人機関又は役職の名称 (フリガナ) 氏名 (フリガナ)			
シンジユク タロウ 新宿 太郎		本支店等名		〇〇支店	
口座番号		6 5 4 3 2 1 0			
<input type="checkbox"/> その他					
<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する (個人番号は公金受取口座を利用する場合のみ記載してください。)					
個人番号					
* 受理 (到達した年月日)	所 属 部 局		任 命 権 者		
年 月 日		年 月 日		基 金 支 部	
年 月 日		年 月 日		年 月 日	
* 決定金額	円	* 通知	年 月 日	* 支払	年 月 日

〔注意事項〕

- 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。
 - 「認定番号」の欄は、1回目の請求においては、記入する必要はないこと。
 - 「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。
 - 令第1条職員とは、定年前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 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。
 - 「7 上記以外の療養費 (3~6以外)」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、併せてその領収書及び明細書を添付すること。
 - 「9 送金希望口座等」の欄は、公金受取口座への送金を希望する場合は、送金先金融機関等の口座登録情報を記入する必要はないこと。なお、「法人機関又は役職の名称」については、個人名義の場合は記入不要であること。
 - 「*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。
 - 「診療報酬点数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。
 - 「請求者の氏名」の欄は、自筆による署名でない場合、本人確認を行うことがあります。
 - 年月日の記載には元号を用いる。
- ※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

記入不要

※任意の口座を指定する場合は、口座名義等を正確に記入し、その他の欄には記載しないでください。

*10 診療費請求明細		(職員氏名)			
傷病名	ア 右下腿骨骨折 イ 認定傷病名 ウ	診療開始日	ア 令和5年1月6日 イ 年 月 日 ウ 年 月 日	診療期間	令和5年1月6日から 令和5年1月31日まで
初診	時間外・休日・深夜 回 点	診療実日数	2 日		
再診	再診 1 × 1 回 1 点 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 深夜 × 回	傷病の経過			
指導		転帰	年 月 日 治 ゆ 継 続 転 医 中 止 死 亡		
在宅	往診 回 夜間急診 回 深夜・緊急在宅患者訪問診察 回 その他薬剤 回	<p style="color: red; text-align: center;">認定傷病以外のもは認められません。</p> <p style="text-align: right;">初診料 3,820 円 再診料 1,400 円 再診時療養管理指導料 920 円</p> <p style="text-align: right;">----- 小計 6,140 円</p> <p style="color: red; text-align: right;">明細(薬品名・検査名・治療材料等)を記入</p>			
投薬	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				
注射	皮下筋肉内 回 静脈内 回 その他 回				
処置	薬剤 2 回 848 点 6 点				
手術・麻酔	薬剤 回				
検査	薬剤 回				
画像診断	薬剤 1 回 244 点				
その他	処方せん 2 回 136 点				
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				
院	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		合計点数 1235 × 12 1点単価	14,820 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	6,140 円		
診療費請求合計額		20,960 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、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。)</p> <p style="text-align: center;">令和5年1月31日 診療機関の 所在地 東京都〇〇市〇〇町10-1 名称 東海整形外科 氏名 東海 一夫 (自署又は押印)</p>					

医療機関で記入

明細(薬品名・検査名・治療材料等)を記入

消費税は非課税です。

※ 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。ただし、この場合でも証明は必要です。

記載例14 療養補償請求書（その他の療養費）
様式第6号

（自己負担した場合）

1号紙

療養補償請求書		認定番号	〇〇〇〇 - 〇〇〇〇	
		請求回数	第 1 回（令和5年 1 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5年 2 月 15 日	
		請求者の住所	〒111-1111 東京都〇〇市〇〇町1-2	
		フリガナ 氏名	シンジユク タロウ 新宿 太郎 (自署又は押印)	
1 受補償 委任 費用 の	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 { 医療機関等の名称 所在地 氏名（代表者名）			
2 関被 する 災 職 事 員 項 に	所属団体名	東京都 フリガナ シンジユク タロウ 氏名 新宿 太郎		
	所属部局名 (電話番号)	〇〇局〇〇部 03-5432-1111 平成5年 2 月 2 日生 (〇〇歳)		
	職名	主事 <input checked="" type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員 負傷又は発病の年月日 令和5年 1 月 6 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 年 月 日まで	日間	<input type="checkbox"/> 看護士の資格 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	円
6 移送費	<input checked="" type="checkbox"/> 交通費 新宿 から 永田町 まで 7.6 km <input checked="" type="checkbox"/> 往復 4 回			1,320 円
	<input type="checkbox"/> その他の移送費			
7 上記以外の療養費 (3~6以外)	円	8 療養補償請求金額 (3~7の合計額)	1,320 円	
9 送金 希望 口座 等	<input checked="" type="checkbox"/> 任意の口座を指定する 金融機関名 〇〇銀行 本支店等名 〇〇支店 口座種別 <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 口座番号 6 5 4 3 2 1 0 口座名義人 法人機関又は役職の名称（フリガナ） 氏名（フリガナ） 新宿 太郎			
	<input type="checkbox"/> その他			
	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する（個人番号は公金受取口座を利用する場合のみ記載してください。） 個人番号			
* 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	
* 決定金額	円	* 通知 年 月 日	* 支払 年 月 日	

本人記入

記入不要

※任意の口座を指定する場合は、口座名義等を正確に記入し、その他の欄には記載しないでください。

〔注意事項〕

- 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。
 - 「認定番号」の欄は、1回目の請求においては、記入する必要はないこと。
 - 「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。
 - 令第1条職員とは、定年前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 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。
 - 「7 上記以外の療養費（3～6以外）」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、併せてその領収書及び明細書を添付すること。
 - 「9 送金希望口座等」の欄は、公金受取口座への送金を希望する場合は、送金先金融機関名等の口座登録情報を記入する必要はないこと。なお、「法人機関又は役職の名称」については、個人名義の場合は記入不要であること。
 - 「*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。
 - 「診療報酬点数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。
 - 「請求者の氏名」の欄は、自筆による署名でない場合、本人確認を行うことがあります。
 - 年月日の記載には元号を用いる。
- ※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	年	月	日	診療期間	年	月	日から							
	イ	認定傷病名			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	料								×	回						
	継	続	管	理								+	算	×	回				
	外	来	管	理								+	算	×	回				
	時	間	外	×								回							
休	日	夜	×	回															
深	夜	×	回	転帰															
指	導										年 月 日								
在宅	往	診	回	治															
	夜	間	回																
夜	深	・	回	ゆ															
	緊	急	回																
在宅	在宅患者訪問診察		回	継															
	その他		回																
投薬	内服	薬	調	剤	×	単	回	要											
						位	回												
	屯服	薬	調	剤	×	単	回												
						位	回												
	外用	薬	調	剤	×	単	回												
位						回													
処	方	調	基	×	回	回													
注射	皮	下	筋	肉	内	回	摘												
	静	脈	内	回															
	そ	の	他	回															
処置	薬		回	要															
	薬		回																
手術・麻酔	薬		回	要															
	薬		回																
検査	薬		回	要															
	薬		回																
画像診断	薬		回	要															
	薬		回																
入院	入	院	年	月	日	食													
	病	・	診	・	衣														
入院基本料・加算		×	日	間	事														
×		日	間																
×		日	間																
×		日	間																
特定入院料・その他					基	準	円	×	日	間	費								
					食	事	円	×	日	間									
					食	事	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 名称 氏名 (自署又は押印)																			

消費税は非課税です。

※ 請求の内容に応じた医師の証明書・領収書を添付してください。(添付書類については、P.121「療養補償請求書の添付書類一覧」を参照)。なお、補装具の購入、個室・上級室の使用理由等については、各証明書の添付に代えて本様式の摘要欄及び証明欄に記載することができます。