

地方公務員災害補償

療 養 費 請 求 書

保険医療機関コード

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

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	
※ 所属団体・部局		※ 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 医療機関の方へ

- この請求書は、医療機関等との協定に基づき、公務上又は通勤により負傷し又は疾病にかかった地方公務員が診療を受ける際に使用するものです。  
なお、療養に要した費用は、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。**
- この請求書は、月ごとに次の区分により提出してください。  
ア 東京都医師会に加入している会員が開設又は管理する病院又は診療所（下記イの病院等を除く。）  
..... 〒101-8328 東京都千代田区神田駿河台 2-5 公益社団法人東京都医師会 あて (Tel 03-3294-8821)  
イ 地方独立行政法人東京都立病院機構の病院、都職員共済組合直営診療所、三楽病院、関東中央病院、労災病院、国家公務員共済組合連合会直営病院、厚生労働省所管の国立病院及び診療所、日赤病院及び日赤診療所、済生会病院及び済生会診療所、厚生年金病院等、地方公務員災害補償基金本部指定医療機関及び指定福祉事業機関  
..... 〒163-8001 東京都新宿区西新宿 2-8-2 東京都庁第一本庁舎北塔 35 階  
地方公務員災害補償基金東京都支部 あて (Tel 03-5320-7363)
- 療養費は協定料金により支払います。
- 「送金先」の欄は、明確に記入してください。なお、「預金名義」の欄は、通帳に記入してあるとおりに正しく記入してください。
- 請求に当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 (Tel 03-5320-7363) にお問い合わせください。
- 年月日の記載には元号を用いてください。

2 被災職員（所属事務担当者）へ

- この請求書用紙は、上記の 1 の(2)のア及びイに掲げる医療機関で受診する場合にのみ使用してください。
- ※印欄は、被災職員（所属事務担当者）が記入してください。
- 初診の際（認定後）は、この用紙のほかに療養の給付請求書（様式第 5 号）を必ず提出してください。

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

# 診 療 費 の 内 訳

□初請求

(            年            月分)

□継続請求

診療期間	年	月	日から	診療日	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	診 療 日 数	日	
	年	月	日まで		11 12 13 14 15 16 17 18 19 20	実 日 数		
					21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31			
(傷病名)		(現在の状態)		(傷病の経過)				
		年 月 日現在 □治 ゆ □死 亡 □中 止 □継続中 □転 医		1 現在の状態と治療内容		2 今後の療養予定		
診 療 内 容				点数(点)	診 療 内 容		金 額	
①初診	□時間外 □休日 □深夜				①初診	年 月 日 (救急医療管理加算 □入院 □外来)	円	
⑫再診	外来診療料	×	回		⑫再診		円	
	継続管理加算				⑬指導		円	
	外来管理加算	×	回		文書料 <input type="checkbox"/> 認定時診断書 <input type="checkbox"/> 療養給付請求書(様式第5号) <input type="checkbox"/> 転医証明(転医先            ) <input type="checkbox"/> 移送費証明(            年 月分) <input type="checkbox"/> 休業補償証明(            年 月分) <input type="checkbox"/> その他(            )	円		
	時間外	×	回			⑩その他		円
休日	×	回						
⑬指導	深夜	×	回					
⑭在宅	往診		回		基準 <input type="checkbox"/> Ⅰ <input type="checkbox"/> Ⅱ <input type="checkbox"/> 特別管理 <input type="checkbox"/> 特別食 <input type="checkbox"/> 食堂 円 × 日間 円 × 日間 円 × 日間			
	夜間		回					
	緊急・深夜		回					
	在宅患者訪問診療		回					
	その他		回					
⑯投薬	⑳内服(薬剤)		単位		食 事 食 療 養	円		
	㉑調剤		回					
	㉒処方		回					
	㉓麻毒		回					
	㉔調基		回					
	㉕外用(薬剤)		単位					
	㉖調剤		回					
⑰注射	㉗皮下筋肉内		回		室 料 加 算 月 日 ~ 月 日	(            ) 円 × (            ) 円 円		
	㉘静脈内		回					
	㉙その他		回					
⑱処置	薬剤		回					
⑲手術・麻酔	薬剤		回					
⑳検査			回		小 計	(p) 円		
	薬剤		回		診 療 費 の 合 計	(i) + (p) 円		
㉑画像診断	薬剤		回		摘 要			
㉒その他	処方せん		回					
	薬剤		回					
	入院年月日	年	月				日	
	病 診 衣	入院期間	月				日 ~ 月	日
	㉓入院	㉔入院基本料					×	日間
		×	日間					
㉕入院基本料加算		×	日間					
		×	日間					
㉖特定入院料・その他		×	日間					
小 計	点	(i)	円					

医師会審査印

注1 □印の該当するところには、✓で表示してください。  
 2 診療日欄は、実際に診療した日を○で囲み、日数を実日数欄に記載してください。  
 3 診断書の文書料は、認定時の1通分のみ支払います。他の診断書については自己負担となります。  
 4 明細書等書ききれない場合は、別紙を添付してください。