

記載例 8 療養の給付請求書

様式第 5 号

※指定医療機関で初回請求の時のみ必要です。
療養費請求書（都支部様式第 1 号又は第 1 号の 2）と一緒に渡してください。

認定後転医した場合も、必ず記入後、
指定医療機関に提出すること。

療 養 の 給 付 請 求 書				認 定 番 号	〇〇〇〇-〇〇〇〇
地方公務員災害補償基金東京都支部長.....殿			請求年月日 令和 5 年 〇 月 〇 日		
下記の指定医療機関等における療養の給付を請求します。			請求者の住所 東京都〇〇市〇〇町1-2		
			氏 名 <small>ふりがな</small> <small>しんじゅく たろう</small> 新宿 太郎 (自署名又は押印)		
1 被災職員に関する事項	所属団体名 東京都		所属部局名 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		
	平成 〇 年 〇 月 〇 日生 (22 歳)		負傷又は 発病の 令和 5 年 7 月 5 日 年 月 日		
2 療養を受けようとする 指 定 医 療 機 関 等	(新)	所在地	千代田区永田町〇-〇		
		名 称	関東整形外科病院		
	(旧)	所在地			
		名 称			
* 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	* 決 定	年 月 日 <input type="checkbox"/> 支 給 <input type="checkbox"/> 不支給		

本人記入

〔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 「2 療養を受けようとする指定医療機関等」の欄には、請求者が療養を受けようとする指定医療機関等の所在地及び名称を記入し、現在療養を受けている指定医療機関等を変更しようとする場合には、新旧の指定医療機関等の所在地及び名称を記入すること。
- 3 「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。
- 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。(P.2~3 参照)
- 5 都支部様式第 1 号または第 1 号の 2 による初回請求時に添付してください。
- 6 年月日の記載には元号を用いてください。

※ この請求書は、療養費請求書と一緒に（東京都医師会に加入している会員が開設又は管理している医療機関は医師会を経由して）基金に送付するよう医療機関等の方に依頼してください。

記載例 9 療養費請求書

都支部様式第 1 号

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	令和 5 年 7 月 5 日	※ 認定番号	〇〇〇〇-〇〇〇〇
※ 所属団体・部局	東京都〇〇局〇〇部	※ 被災者氏名	新宿 太郎

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

- (1) 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。**
 - (2) 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。）
 …… 〒100-8328 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 2-8-1 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)
 - (3) 療養費は協定料金により支払います。
 - (4) 「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。
 - (5) 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。
 - (6) 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
- (1) 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。
 - (2) ※印欄は、被災職員（所属事務担当者）が記入してください。
 - (3) 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。

必ず所属で記入してから医療機関に提出すること

※ 所属事務担当者	係名	〇〇部 △△課□□係	氏名	田中 太郎	電話	03-1234-5656
-----------	----	---------------	----	-------	----	--------------

診療費の内訳

1か月ごとに作成します。

(年 月分)

初請求
継続請求

診療期間	年 月 日から 年 月 日まで	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	診療日数	日
(傷病名) 認定傷病名	(現在の状態) 年 月 日現在 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 継続中 <input type="checkbox"/> 転医	(傷病の経過) 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	<input type="checkbox"/> 時間外 <input type="checkbox"/> 休日 <input type="checkbox"/> 深夜		①初診	年 月 日 (救急医療管理加算 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来)	円
②再診	外来診療料 × 回	基金に提出する書類以外は認められません。	②再診		円
	継続管理加算 × 回		③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~ 年 月分) <input type="checkbox"/> その他()	円	
	時間外 × 回				
休日 × 回					
深夜 × 回					
③指導			④その他		円
④在宅	往診 回 夜間 回 緊急・深夜 回 在宅患者訪問診療 回 その他 回 薬剤 回		⑤食事	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	
⑤投薬	①内服 (薬剤 単位 調剤 回)	基金に提出する書類以外は認められません。	食事療養	日	円
	②屯服 (薬剤 単位)				
	③外用 (薬剤 単位)				
	④調剤 回 ⑤処方 ⑥麻毒 ⑦調基				
⑥注射	①皮下筋肉内 回 ②静脈内 回 ③その他 回		室料加算 <input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 2人部屋 <input type="checkbox"/> 3人部屋 <input type="checkbox"/> 4人部屋 <input type="checkbox"/> 他の患者から隔離が必要 <input type="checkbox"/> 他の患者の療養を著しく妨げるのを防ぐ <input type="checkbox"/> 普通室が満床で、かつ、緊急入院が必要 <input type="checkbox"/> その他特別な事情()	() 円 × () 円 日 円	
⑦処置	薬剤 回	月 日~ 月 日			
⑧手術・麻酔	薬剤 回				
⑨検査	薬剤 回		小計 (p)	円	
⑩画像診断	薬剤 回		診療費の合計 (i) + (p)	円	
⑪その他	処方せん 回 薬剤 回		摘 要		
⑫入院	入院年月日 年 月 日		⑬入院基本料 × 日間 × 日間 × 日間 ⑭入院基本料加算 × 日間 × 日間 × 日間 × 日間 ⑮特定入院料・その他	医師会審査印 _____ _____	
	病診衣 入院期間 月 日~ 月 日 日間				
小計	点 (i)	円			

消費税は非課税です。

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。

記載例 10 療養費請求書（柔道整復師用）

都支部様式第1号の2

地方公務員災害補償

療 養 費 請 求 書

（柔 道 整 復 師 用）

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	令和5年7月5日			※ 認定番号	〇〇〇〇-〇〇〇〇		
※ 所属部局	東京都〇〇局〇〇部			※ 被災者名	新宿 太郎		
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						

必ず所属で記入してから医療機関に提出すること

- 注 1 この請求書は、公益社団法人東京都柔道整復師会又は公益社団法人埼玉県接骨師会との協定に基づき、その会員である柔道整復師から地方公務員が診療を受ける際に使用するものです。
 なお、診療費は、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。
- 2 この請求書は、月ごとに所属する公益社団法人東京都柔道整復師会又は公益社団法人埼玉県接骨師会へ提出してください。
- 3 療養費は協定料金により支払います。
- 4 「送金先」の欄は、明確に記入してください。なお、「預金名義」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。
- 5 預金科目欄は、普通預金または当座預金いずれか該当するものにレ印をつけ、通帳番号を記入してください。
- 6 「預金名義」の欄は、明確に正しく記入し、必ずフリガナを記入してください。
- 7 請求に当た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。
- 8 ※印欄は、被災職員（所属事務担当者）が記入してください。
- 9 年月日の記載には元号を用いてください。

※ 所属事務 担当者	係名	〇〇部 △△課□□係	氏名	田中 太郎	電話	03-1234-5656
---------------	----	---------------	----	-------	----	--------------

初請求

継続請求

療 養 費 の 内 訳										(年 月 分)					
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 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31										診 療 実日数	日
現在の 状 態	年 月 日			傷病の 経 過											
	<input type="checkbox"/> 治 癒 <input type="checkbox"/> 継続中 <input type="checkbox"/> 中 止 <input type="checkbox"/> 転 医														
施術の種類	回 数	一回の料金	加 算 料 金		施 術 料 金		施 術 を 行 っ た 期 間								
初 検 料			深 夜		円	月 日									
			時 間 外												
再 検 料					円	月 日									
指 導 管 理 料					円	月 日									
運 動 療 法					円	月 日									
整 復 固 定 処 置 及 び 初 回 処 置					円	月 日									
後 療 料					円	月 日									
罨 療 料					円	月 日									
電 療 料					円	月 日									
検 査 料					円	月 日									
					円	月 日									
文 書 料	<input type="checkbox"/> 認定請求用 <input type="checkbox"/> 休業証明 <input type="checkbox"/> その他 ()						円								
そ の 他															
療 養 費 の 合 計						円									

消費税は非課税です。

- 注 1 印の該当するところには、印で表示してください。
 2 診療日数は、実際に診療した日を○印で囲んでください。○印で囲んだ数と診療実日数とは一致します。
 3 傷病の経過欄はなるべく具体的に詳しく書いてください。

記載例11 療養補償請求書（診療費）（受領委任の場合）
様式第6号

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)		
受補償委任の費用の	1	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		
関被する職事員項に	2	所属団体名	東京都		
		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		
		フリガナ 氏名	シンジユク タロウ 新宿 太郎		
		勤	<input checked="" type="checkbox"/> 常勤		
		負傷又は発病の年月日	平成 5 年 2 月 2 日生（〇〇歳） 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		
6	移送費	<input type="checkbox"/> 交通費	<input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復		
		から まで km	円		
		<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）	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ゲン〇〇カイ リジョウ 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	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	

本人記入

医療機関で記入

〔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。
 - 「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 令和5年9月15日	診療期間	令和5年9月15日から			
	イ	認定傷病名			イ 年 月 日		令和5年9月30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						
再診	再診	診料	1 × 1	回	1	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					
深夜	×	×	回							
指導					年 月 日					
在宅	往診			回		治 ゆ 継 続 転 医 中 止 死 亡				
	深夜・緊急			回						
投薬	在宅患者訪問診察			回		摘 要				
	その他			回						
	薬			回						
	剤			回						
注射	内服	薬剤調剤	×	単位	回	認定傷病以外のは認められません。				
	外用		薬剤調剤	×	単位					回
	処方	麻毒調基		×	単位					回
			×	単位	回					
処置	皮下	筋肉内	回		処置 *四肢ギプスシーネ(半肢)(片) 780×1					
	静脈内	の他	回			創傷処置(100 cm ² 未満)				
手術	検査			回		労災(1.5倍)(処置) 68×1				
	検査			回		イソジン液 10% 4 ml				
画像	検査			回		ゲンダシン軟膏 0.1% 1 mg 4g 6×1				
	検査			回		画像 *(下腿) 224×2				
入院	その他	処方せん		2 回	136	単純撮影(デジタル撮影)2回				
	入院年月日	年 月 日		単純撮影の写真診断2回						
	病・診・衣	入院基本料・加算		×	日間	電子媒体保存撮影2回				
				×	日間	電子画像管理加算(単純撮影)				
院				×	日間	その他 *処方せん料 68×2				
				×	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	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。)										
所在地 診療機関の 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	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																									
	拔牙	乳		前		白		難		理		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		充形		咬合																										
	歯冠形成	生活	前		失活		前						窩洞		修形		支台		メタル前小		大																
		前	前		前		前						前		前		前		前		前																
	鑄造歯冠修復	乳前小銀		前小バ		前小二		大バ		大銀		大ニ		14K		TEK		硬ジ		ジ		修理		装着		装着		材料		充I		充II		充III		その他	
		前小バ		前小二		大バ		大銀		大ニ		14K		TEK		硬ジ		ジ		修理		装着		装着		材料		充I		充II		充III		その他			
		乳前小銀		前小バ		前小二		大バ		大銀		大ニ		14K		TEK		硬ジ		ジ		修理		装着		装着		材料		充I		充II		充III		その他	
		乳前小銀		前小バ		前小二		大バ		大銀		大ニ		14K		TEK		硬ジ		ジ		修理		装着		装着		材料		充I		充II		充III		その他	
		乳前小銀		前小バ		前小二		大バ		大銀		大ニ		14K		TEK		硬ジ		ジ		修理		装着		装着		材料		充I		充II		充III		その他	
		乳前小銀		前小バ		前小二		大バ		大銀		大ニ		14K		TEK		硬ジ		ジ		修理		装着		装着		材料		充I		充II		充III		その他	
	ボンティック	鑄造	バニ		バニ		バニ		バニ		Br装着		バニ		鑄曲		バニ		ニ																		
前装		バニ		バニ		バニ		バニ		Br装着		バニ		鑄曲		バニ		ニ																			
有床義歯	1~4歯		5~8歯		9~11歯		12~14歯		総義歯		床裏装		鑄造鉤		線鉤		人工歯																				
	1~4歯		5~8歯		9~11歯		12~14歯		総義歯																												
	1~4歯		5~8歯		9~11歯		12~14歯		総義歯																												
	1~4歯		5~8歯		9~11歯		12~14歯		総義歯																												
	1~4歯		5~8歯		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

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			31		
現在の状態	<input type="checkbox"/> 治ゆ <input type="checkbox"/> 中止		<input type="checkbox"/> 継続中 <input type="checkbox"/> 転医		傷病の経過														
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	(終)	月	日					
				時間外															
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						
罨療料							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 <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="font-size: 2em;">{</td> <td>所在地</td> </tr> <tr> <td></td> <td>名称</td> </tr> <tr> <td></td> <td>柔道整復師の氏名</td> </tr> </table>														{	所在地		名称		柔道整復師の氏名
{	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。

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 クロウ 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 受補償費用の 受領委任の	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						
	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 関被 す災 る職 事員 項に	所属団体名	東京都	フリガナ	シンジユク クロウ					
	所属部局名 (電話番号	〇〇局〇〇部 03-5432-1111	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	氏 名	新宿 太郎					
職名		平成 5 年 2 月 2 日生（〇〇歳）							
職名		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		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	看護士の資格 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	円					
6	移 送 費	<input type="checkbox"/> 交通費		円					
		から まで km	<input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復						
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）							
		チヨグチヨウザイヤッキョク チヨグ 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			
* 決 定 金 額	円	* 通 知	年	月	日	* 支 払	年	月	日

本人記入

医療機関で記入

【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。
 - 「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		
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				
再診	継続管理加算 × 回	転帰	年 月 日		
	外来管理加算 × 回				
再診	時間外 × 回	治 治	ゆ	継 続	医 生
	休日 × 回				
再診	深夜 × 回	中 止	死 亡	摘 要	
指導					
在宅	往診 時間 回				
	深夜・緊急 在宅患者訪問診察 回				
在宅	その他 回				
	薬 剤 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				
検査	薬剤 回				
画像診断	薬剤 回				
その他					
入院	入院年月日 年 月 日				
	病・診・衣 入院基本料・加算				
入院	× 日間				
	× 日間				
入院	× 日間				
	× 日間				
入院	× 日間				
	× 日間				
入院	特定入院料・その他	食 事	基 準	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 × 日間	円 × 日間
診療報酬点数表により計算できないもの		診断書料・入院室料差額等		円 × 日間	円 × 日間
診療費請求合計額				円	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)	

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					
担当医師氏名		1. 東海 茂雄		3.		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 60 mg 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	ゲンダシン硫酸塩軟膏	15	1	10	15	
			0.1% タイヨー 20 mg					
			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;">(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 クロウ 新宿 太郎 (自署又は押印)		
1 受補償委任の	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 関係する職事に	所属団体名	東京都 フリガナ シンジユク クロウ 氏 名 新宿 太郎		
	所属部局名 (電話番号 〇3-5432-1111)	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	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 年 月 日まで	日間 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	円	
6 移送費	<input type="checkbox"/> 交通費 から まで km <input type="checkbox"/> 片道 <input checked="" type="checkbox"/> 往復 回		円	
	<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 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） シンジユク クロウ 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、送金先金融機関等の口座登録情報を記入する必要があること。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 令和5年9月15日	診療期間	令和5年9月15日から		
	イ 認定傷病名		イ 年 月 日		令和5年9月30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					
再診	再診 診料 1 × 1 回 1 点		転帰	年 月 日			
	外来診療料 × 回			治 ゆ	継 続	転 医	中 止
	継続管理加算 × 回	摘 要					
	外来管理加算 × 回	認定傷病以外のものは認められません。 初診料 3,820円 再診料 1,400円 再診時療養管理指導料 920円 ----- 小計 6,140円					
	時間外 × 回						
休日 × 回							
深夜 × 回							
指導		在宅					
往診 診間 回	深夜・緊急 回						
在宅	在宅患者訪問診察 回	投薬					
	その他 回		内服 { 薬剤調剤 × 単位回				
	薬 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				
注射	皮下筋肉内 回	処置					
皮静脈内 回	その他 回						
処置	薬剤 2 回 848 点	検査					
手術・麻酔	薬剤 回		創傷処置(100cm ² 未満) 68 × 1				
検査	薬剤 回	画像					
画像診断	薬剤 1 回 244 点		労災(1.5倍)(処置) 68 × 1				
入院	その他 処方せん 2 回 136 点	食事					
	入院年月日 年 月 日		基準 円 × 日間 円 × 日間 円 × 日間				
	病・診・衣 入院基本料・加算 × 日間						
× 日間							
院	× 日間	合計点数 1235 × 12 1点単価 14,820円 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					
	× 日間						
特定入院料・その他							

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。

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 氏名 (自署又は押印)

年 月 日

※ 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 クロウ 新宿 太郎	
			（自署又は押印）	
1	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			
受 補 償 委 任 の 費 用 の 受 任 者 の 情 報	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	所属団体名	東京都	フリガナ	シンジユク クロウ
	所属部局名 （電話番号 〇〇-5432-1111）	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	平成5年 2月 2日生（〇〇歳）
		職 名	受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"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	円
6	移 送 費	<input checked="" type="checkbox"/> 交通費	<input type="checkbox"/> 片道	1,320 円
		新宿 から 永田町 まで 7.6 km <input checked="" type="checkbox"/> 往復	4 回	
	<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	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	

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。
- 「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	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	年 月 日										
	深夜・緊急	回											
	在宅患者訪問診療	回											
投薬	内服	薬剤調剤	×	単位	治 癒 継 続 転 医 中 止 死 亡								
	屯服	薬剤調剤	×	単位									
	外用	薬剤調剤	×	単位									
	処方	調基	×	回									
注射	皮下	筋肉内	回	摘 要									
	静脈	その他	回										
処置	薬剤	回											
手術・麻酔	薬剤	回											
検査	薬剤	回											
画像診断	薬剤	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		
	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。)													
診療機関の { 所在地 名 称 氏 名 年 月 日 (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。

移送費明細書

認定番号

〇〇〇〇-〇〇〇〇

被災職員	所属・所在地	新宿区西新宿2-8-1 東京都〇〇局〇〇部
	住所・氏名	東京都〇〇市〇〇町1-2 新宿 太郎
認定傷病名		右膝半月板断裂

移送費の明細	利用交通機関・通院日・区間・料金	金額	経路略図 (通院経路を実線、通勤経路は点線で記入のこと)	
	8/9 タクシー 自宅-〇〇整形外科	2,100 円		
	8/12・17・24 地下鉄 都庁前-中井 IC178×2×4	1,424 円		
金額合計	3,524 円			

通院日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	令和 5 年 1 月	
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		31
	〇								〇								4 日間
	上記のとおり相違ないことを証明します。																

令和 5 年 2 月 10 日

医療機関等の証明

医療機関の	所在地	品川区豊町〇-〇
	名称	品川整形外科病院
	主治医又は担当者の氏名	太田 一子

(自署又は押印)

医師の所見

※傷病の部位及び程度等を勘案し、タクシー等の利用を必要とした場合のみ、担当医師がその理由及び期間を詳細に記載してください。

8月9日までは、右膝固定のため、公共交通機関での通院が困難だったため、タクシーの利用が必要であった。

主治医の氏名 品川 次郎

(自署又は押印)

注 1 移送費の請求の際は、通院日について医療機関等の証明が必要となります。
 2 太枠の部分は、医療機関等で記入してください。
 3 公共交通機関の利用のみの場合は、「医師の所見」欄への記載は必要ありません。
 4 通勤手当が支給される期間は、通勤手当との重複区間は請求できません。

看護証明書

認定番号

〇〇〇〇 - 〇〇〇〇

所属	東京都〇〇局〇〇部	傷病名	右下腿骨骨折							
氏名	新宿 太郎									
看護の区分	<input checked="" type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 家族（被災職員との続柄）									
看護を必要とした期間	令和 5 年 7 月 5 日から 令和 5 年 7 月 7 日まで		3 日間							
入院期間	令和 5 年 7 月 5 日から 令和 5 年 7 月 23 日まで		19 日間							
基準看護の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無									
看護を必要とした理由（病状等ができるだけ詳細に記載してください。）	上記傷病のため7月3日に手術を施行 術後の安静を要し、歩行等一切禁止のため介助を要した。									
家族又はその他の場合看護師等が得られなかった理由										
備考										
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 5 年 8 月 2 日 医療機関の { <table style="display: inline-table; vertical-align: middle; margin-left: 20px;"> <tr> <td style="padding-right: 5px;">所在地</td> <td>千代田区永田町〇-〇</td> </tr> <tr> <td style="padding-right: 5px;">名称</td> <td>関東外科病院</td> </tr> <tr> <td style="padding-right: 5px;">担当医師</td> <td>関東 次郎</td> </tr> </table>					所在地	千代田区永田町〇-〇	名称	関東外科病院	担当医師	関東 次郎
所在地	千代田区永田町〇-〇									
名称	関東外科病院									
担当医師	関東 次郎									

病院又は診療所における看護の場合に記入する。

注 基準看護が実施されている病院で更に付添看護を必要とする場合は、その理由を詳細に備考欄に記載してください。

記載例 17

都支部様式第 44 号

同 意 書		認定番号	〇〇〇〇 - 〇〇〇〇									
被災職員	氏 名	新宿 太郎	生年月日 昭和 45 年 2 月 1 日									
	住 所	東京都〇〇市〇〇町1-2										
	所属部局名	東京都〇〇局〇〇部										
医師の証明	負傷又は発病の年月日	令和 5 年 7 月 5 日	療 養 の 開始年月日 令和 5 年 7 月 5 日									
	傷 病 名	右下腿骨骨折										
	同意した理由	右下肢に拘縮が認められるため、マッサージを必要とする。										
	施術の種類	マッサージ、はり、きゅう、その他（ ）										
	施術の部位	左上肢、右上肢、左下肢、右下肢、軀幹、その他（ ）										
	施術を必要と認めた期間	令和 5 年 9 月 1 日から 令和 5 年 9 月 30 日まで										
	上記の期間内の施術を必要とする回数	1 か月 5 回程度を必要とする。										
証 施 術 者 の 氏 名 ・ 住 所	千代田区永田町〇-〇 永田整骨院 永田 正一											
明	<p>上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p>令和 5 年〇月〇日</p> <p style="text-align: center;">医療機関の</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">{</td> <td style="padding-left: 10px;">所在地</td> <td>千代田区永田町〇-〇</td> </tr> <tr> <td></td> <td>名 称</td> <td>関東整形外科病院</td> </tr> <tr> <td></td> <td>担当医師</td> <td>関東 次郎</td> </tr> </table> <p style="text-align: right;">(自署又は押印)</p>			{	所在地	千代田区永田町〇-〇		名 称	関東整形外科病院		担当医師	関東 次郎
{	所在地	千代田区永田町〇-〇										
	名 称	関東整形外科病院										
	担当医師	関東 次郎										

注 1 「施術を必要と認めた期間」は、3か月を限度とし、3か月以上にわたり施術を必要と認めたときは、3か月又は端数ごとに改めて同意書を交付してください。

2 上記1の期間内における施術の回数は、それぞれの必要回数を記入してください。

転 医 届	認定番号	〇〇〇〇-〇〇〇〇
-------	------	-----------

被災職員	所属・所在地	東京都〇〇局〇〇部 新宿区西新宿2-8-1						
	住所・氏名	東京都〇〇市〇丁目〇番〇号 新宿 太郎						
	認定傷病名	左膝半月板断裂						
現在受診 している 診療機関	所在地	千代田区平河町〇-〇-〇						
	名称	千代田整形外科クリニック						
	療養期間	令和5年1月6日から令和5年1月9日まで	3日間					
転医先の 診療機関	所在地	千代田区平河町〇-〇-〇						
	名称	平河整形外科病院						
	転医年月日	令和 5 年 1 月 10 日 から						
医師の 証明	転医の理由	以下の該当する転医理由の番号に○をしてください。 1 自宅に近いため 2 勤務先に近いため ③ 当院医師が療養上必要と認めて指示したため 4 その他（4を選択した場合は、理由を記載してください。）						
	証明	上記理由により「転医先の医療機関」へ転医させたことを証明します。 令和 5 年 1 月 11 日 診療機関の { <table style="display: inline-table; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"> <tr> <td style="padding-right: 5px;">所在地</td> <td>千代田区平河町〇-〇-〇</td> </tr> <tr> <td style="padding-right: 5px;">名称</td> <td>千代田整形外科クリニック</td> </tr> <tr> <td style="padding-right: 5px;">担当医師</td> <td>千代田 三郎</td> </tr> </table>		所在地	千代田区平河町〇-〇-〇	名称	千代田整形外科クリニック	担当医師
所在地	千代田区平河町〇-〇-〇							
名称	千代田整形外科クリニック							
担当医師	千代田 三郎							
(自署又は押印)								
上記のとおり届出いたします。								
令和 5 年 1 月 20 日								
被災職員氏名 新宿 太郎								
(自署又は押印)								

注 1 転医先の主治医等に認定傷病名を告げること。
 2 転医先の診断で、傷病名が異なるときは、速やかに所属担当者に連絡すること。

個室・上級室証明書

認定番号

〇〇〇〇-〇〇〇〇

所 属	東京都〇〇局〇〇部		
氏 名	新宿 太郎		
入院期間	令和 5 年 7 月 5 日から令和 5 年 7 月 23 日まで	19 日間	
個室・上級室を必要とした期間	令和 5 年 7 月 5 日から令和 5 年 7 月 7 日まで	3 日間	
個室・上級室を必要とした理由 (具体的に記載してください。)	緊急に入院し、手術が必要であり、術後管理のため及び普通室が満床であったため。		
等級別病室明細	差額室の種別	個 室	上 級 室
	該当項目に○印を付けてください。		○ (2 人部屋)
	1日当たりの 室料差額料金	円	5,000 円
備 考			
<p>上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p>令和 5 年 8 月 1 日</p> <p>医療機関の { 所在地 千代田区永田町〇-〇 名称 関東整形外科病院 担当医師 関東 次郎</p> <p style="text-align: right;">(自署又は押印)</p>			

注 補償上限額は11,000円/日(甲地区、個室の場合)です。(令和4年4月現在)

補 装 具 証 明 書

認定番号

〇〇〇〇-〇〇〇〇

所 属	東京都〇〇局〇〇部	
氏 名	新宿 太郎	
認 定 傷 病 名	左膝半月板断裂	
災 害 発 生 年 月 日	令和 5 年 1 月 6 日	
医 師 の 証 明	装 具 名	短下肢装具
	必 要 理 由	骨折部の歩行時負荷を軽減させるため
	<p>上記理由により、補装具が必要であることを証明します。</p> <p>令和 5 年 1 月 26 日</p> <p>医療機関の { 所在地 千代田区永田町〇-〇 名 称 関東整形外科病院 担当医師 関東 二郎</p> <p>(自署又は押印)</p>	

注 1 補装具等は、主治医が療養上必要と認める場合に限り補償の対象となります。

2 被災職員の判断で購入した場合は、自己負担となります。

地方公務員災害補償 治 ゆ 報 告 書

		認 定 番 号	〇〇〇〇-〇〇〇〇
地方公務員災害補償基金 東京都支部長 殿		令和 5 年 8 月 5 日	
		団体名・所属	東京都〇〇局〇〇部
		氏 名	新宿 太郎
下記のとおり治ゆしたので報告します。		(自署又は押印)	
記			
災害発生 年 月 日	令和 5 年 1 月 6 日	治 ゆ 年 月 日	令和 5 年 7 月 20 日
認 定 傷 病 名	左膝半月板断裂		
障害補償請求の有無	無 <input checked="" type="radio"/> ・ 有 <input type="radio"/>		
上記のとおり相違ないことを認めます。			
令和 5 年 8 月 10 日			
所属部局の長の職・氏名 経理契約課長 新宿 五郎			
(自署又は押印)			

- 注1 「治ゆ」とは、完全治ゆのみでなく、もはや症状が固定の状態になったものも含まれます。また、「急性症状のみ公務上・通勤災害該当」と認定された場合は、急性症状の消退した場合を含みます。
- 2 同一の事故により生じた傷病が2以上あるときは、その全部が治ゆした場合に報告してください。
- 3 治ゆしたとき、法別表に定める程度の障害が残存する場合は、障害補償の請求をしてください。
- 4 年月日の記載には元号を用いてください。

地方公務員災害補償基金東京都支部使用欄		
受理	決定	記録簿記載