

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)

※ 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	□普通預金 No. □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。）
..... 〒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 2-8-1 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。

※ 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
--------------------	----	---------------	----	---------	----	--------------

必ず所属で記入してから医療機関に提出すること

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)	(現在の状態) 年 月 日現在 ☐ 治癒 ☐ 死亡 ☐ 中止 ☐ 継続中 ☐ 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		
認定傷病名					
診療内容		点数(点)	診療内容		金額
⑪初診	☐ 時間外 ☐ 休日 ☐ 深夜		⑪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	基金に提出する書類以外は認められません。	⑫再診		円
	継続管理加算 × 回		⑬指導	円	
	外来管理加算 × 回		☐ 認定時診断書 ☐ 療養給付請求書(様式第5号) ☐ 転医証明(転医先) ☐ 移送費証明(年 月分) ☐ 休業補償証明(年 月～ 年 月分) ☐ その他()	円	
	時間外 × 回			文書料	
休日 × 回		⑭在宅	往診 夜間 緊急・深夜 在宅患者訪問診療 その他 薬剤	回 回 回 回	
深夜 × 回			⑮その他		円
⑬指導			⑯食事	基準 ☐ Ⅰ ☐ Ⅱ ☐ 特別管理 ☐ 特別食 ☐ 食堂 円× 日間 円× 日間 円× 日間	円
			食事療養	日	
⑭在宅			室料加算	☐ 個室 ☐ 2人部屋 ☐ 3人部屋 ☐ 4人部屋 ☐ 他の患者から隔離が必要 (理 ☐ 他の患者の療養を著しく妨げるのを防ぐ ☐ 普通室が満床で、かつ、緊急入院が必要 由 ☐ その他特別な事情()	() 円 (×) 円 () 円
⑮投薬	⑮内服 (薬剤 調剤) ⑮屯服 (薬剤 調剤) ⑮外用 (薬剤 調剤) ⑮調剤 ⑮処方 ⑮麻毒 ⑮調基	単位 回 単位 単位 回		月 日～ 月 日	
⑯注射	⑯皮下筋肉内 ⑯静脈内 ⑯その他	回	小計	(p)	円
⑰処置	薬剤	回	診療費の合計		(i) + (p) 円
⑱手術・麻酔	薬剤	回	摘要		
⑲検査	薬剤	回			
⑳画像診断	薬剤	回			
㉑その他	処方せん 薬剤	回 回			
	入院年月日 年 月 日				
	病 診 衣 入院期間 月 日～ 月 日	日間			
	㉒入院基本料	× 日間 × 日間 × 日間			
㉓入院	㉒入院基本料加算	× 日間 × 日間 × 日間 × 日間	医師会審査印		
	㉓特定入院料・その他				
	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。