

記入例2：指定医療機関以外で受診し精算を全額保留している場合

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	〇回(〇年〇月)			
地方公務員災害補償基金 茨城県 支部長 殿 下記の療養補償を請求します。		請求年月日	令和〇年〇月〇日			
		請求者の住所	茨城県A市B1-2-3			
		フリガナ	キキン タロウ			
		氏名	基金 太郎			
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	<input type="checkbox"/> 整形外科	茨城花子		記載漏れが多いので注意	
	委任者の氏名	基金太郎		ご委任します。		
受補償委任者の	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	〇〇市〇〇町〇〇番地			
		所在地	<input type="checkbox"/> 整形外科			
氏名(代表者名)	茨城 花子					
2	所属団体名	A市		フリガナ	キキン タロウ	
	所属部局名	〇〇部〇〇課△△係 (電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇)		氏名	基金 太郎	
	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	平成5年2月14日生(26歳) 令和3年5月7日	
3	診療費	内訳は「*10 診療費請求明細」欄記載のとおり			1,550 円	
4	調剤費	内訳は「*11 調剤費請求明細」欄記載のとおり			1,130 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	年間	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		
7		上記以外の療養費(3~6以外)		診断書費 3,000 円	8 療養補償請求金額(3~7の合計額) 5,680 円	
9	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する					
	個人番号					
	<input checked="" type="checkbox"/> 任意の口座を指定する					
	金融機関名	東京三菱UFJ銀行		本支店等名	水戸支店	
口座種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		口座番号	1234567		
口座名義人	法人機関又は役職の名称(フリガナ)		医療法人社団〇〇会〇〇整形外科(イヨウホウジンシャクワン)			
	氏名(フリガナ)		茨城 花子(イハキハコ)			
<input type="checkbox"/> その他						
* 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	

[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。
- 「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。
- 年月日の記載には元号を用いる。

●指定医療機関以外を受診し、精算を全額保留にしている場合

- 上の色付き部分を被災職員が記載
- 上の色付き部分以外の項目と2号紙(薬局は3号紙)を医療機関(または薬局)に記入してもらう
- 被災職員が任命権者(所属)を経由して基金へ請求  
(医療機関分：1号紙+2号紙、薬局分：1号紙+3号紙)

*10 診療費請求明細				(職員氏名)				
傷病名	ア イ ウ			診療開始日	ア イ ウ	年 年 年	月 月 月	日 日 日
初診	時間外・休日・深夜	回	点	診療期間		年 年	月 月	日から 日まで
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	傷病の経過				診療 実日数
指導				転				日
在宅	往診 夜間 深夜・緊急 住宅患者訪問診察 その他 薬剤		回 回 回 回 回					
投薬	内服 { 薬剤 調剤 調剤 調剤 調剤 外用 { 薬剤 調剤 処方 麻毒 調基	× × × ×	単位 回 単位 回 単位 回 回 回					
注射	皮下筋肉内 静脈内 その他		回 回 回					
処置	薬剤		回 回					
手術・麻酔	薬剤		回 回					
検査	薬剤		回 回					
画像診断	薬剤		回 回					
その他								
入院	入院年月日		年 月 日	食事	基準		円 ×	日間
	病・診・衣	入院基本料・加算	× 日間 × 日間 × 日間 × 日間			円 × 円 × 円 ×	日間 日間 日間	
	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	1点単価			円	円
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
診療費請求合計額								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、診療に当たった医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>年 月 日</p> <p>診療機関の { 名称 所在地 医師の氏名</p>								

**【費用を全額保留にしている場合の2号紙について】**

- 医療機関(薬局を除く)に作成を依頼してください。
- レセプトの添付でも構いません。ただし、レセプトで確認できない項目は記入してください。また、摘要欄に「レセプト添付」等と記入してください。
- 公務・通勤災害による療養や文書料は、消費税は非課税とされていますので、消費税を入れない金額で請求してください。
- 「診療報酬点数により計算できないもの」の内訳がある場合は、摘要欄(又は添付のレセプト)に記入してください。
- 費用の受領受任をする場合、下の証明欄は記載不要です。

*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 名 氏	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		薬剤調整料 調剤管理料	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	
<p>上記の事項は事実と相違ないことを証明します。</p> <p>(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 薬局の { 名 称 所 在 地 薬剤師の氏名</p>									

**【費用の受領委任をする場合の3号紙について】**

- 薬局に作成を依頼してください。
- レセプトの添付でも構いません。ただし、レセプトで確認できない項目は記入し、余白に「レセプト添付」等と記入してください。
- 費用の受領委任をする場合、下の証明欄は記載不要です。

記入例3：全額自己負担または、共済組合員証を使用して3割負担した場合

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		〇回(〇年〇月)	
請求年月日		令和〇年〇月〇日	
請求者の住所		茨城県A市B1-2-3	
フリガナ		キキン タロウ	
氏名		基金 太郎	
地方公務員災害補償基金 茨城県 支部長 殿 下記の療養補償を請求します。			
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 関係する職事員に	所属団体名	A市	フリガナ キキン タロウ
	所属局名	〇〇部〇〇課△△係 (電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇)	氏名 基金 太郎 平成5年2月14日生(26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3年5月7日
3 診療費	内訳は「*10 診療費請求明細」欄記載のとおり		1,550 円
4 調剤費	内訳は「*11 調剤費請求明細」欄記載のとおり		1,130 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 (看護師の資格)	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	
<input type="checkbox"/> その他の移送費			
7 上記以外の療養費 (3~6以外)	診断書費 3,000 円	8 療養補償請求金額 (3~7の合計額)	5,680 円
9 送金希望口座等	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する		
	個人番号		
	<input checked="" type="checkbox"/> 任意の口座を指定する		
	金融機関名	常陽銀行	本支店等名 県庁
口座種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号 1234567	
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) 基金 太郎 (キキン タロウ)			
<input type="checkbox"/> 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
* 決定金額	円	* 通知	年 月 日
			* 支払
			年 月 日

被災職員本人が支払った費用を請求する場合「補償費用の受領委任」欄の記載は不要。

公金受取口座か任意の口座いずれかにチェックを入れた上で記入(記載例は任意の口座)

被災職員の口座名を記入

〔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。
- 「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。
- 年月日の記載には元号を用いる。

●指定医療機関・非指定医療機関を受診し、被災職員本人が費用を支払った場合

- ① 上の色付き部分を被災職員が記載
- ② 2号紙(薬局は3号紙)を医療機関(または薬局)に記入してもらう
- ③ 領収書を添付する(原本)
- ④ 被災職員が任命権者(所属)を経由して基金へ請求  
(医療機関分：1号紙+2号紙、薬局分：1号紙+3号紙)  
※共済組合員証を使用した場合は、必ず各共済組合へ連絡してください。

*10 診療費請求明細				(職員氏名)				
傷病名	ア イ ウ	診療開始日	ア イ ウ	年 年 年	月 月 月	日 日 日		
初診	時間外・休日・深夜	回	点	診療期間	年 年	月 月	日から 日まで	
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	傷病の経過				診療日数 日
指導				転帰	年 月 日			
在宅	往診 夜間 深夜・緊急 在宅患者訪問診察 その他	回 回 回 回		治ゆ	継続	転医	中止	死亡
	薬剤				摘要			
投薬	内服	薬剤 ×	単位	<p><b>【本人が費用を支払った場合の2号紙について】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●指定医療機関・非指定医療機関(薬局を除く)に作成を依頼してください。</li> <li>●レセプトの添付でも構いません。ただし、レセプトで確認できない項目は記入してください。また、摘要欄に「レセプト添付」等と記入してください。</li> <li>●保険診療により本人負担3割の場合の「診療報酬点数表により計算できるもの」記載例 合計点数 1点単価 155×10×3割負担 470円 領収額</li> <li>●「診療報酬点数により計算できないもの」の内訳がある場合は、摘要欄(又は添付のレセプト)に記入してく</li> </ul>				
	調剤		回					
	屯服	薬剤 ×	単位					
	調剤		回					
	外用	薬剤 ×	単位					
調剤	回							
処方	薬剤 ×	回						
麻毒		回						
調基		回						
注射	皮下筋肉内		回					
	静脈内		回					
	その他		回					
処置	薬		回					
	剤		回					
手術・麻酔	薬		回					
	剤		回					
検査	薬		回					
	剤		回					
画像診断	薬		回					
	剤		回					
その他								
入院	入院年月日	年 月 日	年 月 日	食事	基準	円 ×	日間	
	病・診・衣	入院基本料・加算	×		日間	円 ×	日間	
			×		日間	円 ×	日間	
			×		日間			
			×		日間			
	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	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	点 ×	円					
診療費請求合計額			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、診療に当たった医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>令和○年○月○日 診療機関の { 名称 ○○市○○町○○番地 所在地 □□整形外科 医師の氏名 茨城 花子</p>								

**本人が支払った費用を請求する場合は、医療機関(薬局を除く)の証明が必要です。**

*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 劑 料		薬剤調整料 調剤管理料	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。)									
令和〇 年 〇 月 〇 日			薬局の						
			名称 〇〇市〇〇町〇〇番地						
			所在地 〇〇調剤薬局						
			薬剤師の氏名 茨城 二郎						

**【本人が費用を支払った場合の3号紙について】**

- 薬局に作成を依頼してください。
- レセプトの添付でも構いません。ただし、レセプトで確認できない項目は記入し、余白に「レセプト添付」等と記入してください。
- 保険診療により本人負担3割の場合の「合計金額」記載例  
合計点数 113点  
領収額  
合計金額 (3割)340円

本人が支払った費用を請求する場合は、薬局の証明が必要です。