

地方公務員災害補償

療 養 費 請 求 書

地方公務員災害補償基金

沖 縄 県 支 部 長 殿

下記の療養費を請求します。

年 月 日

所在地
医療機関の名称
氏名

金額 ￥
請求内訳裏面のとおりに

認定番号		氏名	
所属団体			
送 金 先	振込先金融機関名	銀行	支店
	預金科目(レすること)	<input type="checkbox"/> 普通預金	<input type="checkbox"/> 当座預金
	預金名義者名	口座番号 ()	
		法人機関名又は役職の名称(個人名義の場合は記入不要です。)	
	(フリガナ)		
	氏名		

- 注 1 療養費は、地方公務員災害補償基金沖縄県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下さい。
- 2 この請求書は、月ごとに翌月 10 日までに(〒900-8570)那覇市泉崎 I 丁目 2 番 2 号総務部職員厚生課内地方公務員災害補償基金沖縄県支部あて提出して下さい。
- 3 請求にあたり疑義がある場合は、地方公務員災害補償基金沖縄県支部(T E L 098-866-2127)にお問い合わせ下さい。
- 4 第 1 回目の請求に限り、「療養の給付請求書」を添付してください。
- 5 裏面の記載については、傷病名、診療開始日、診療期間、診療実日数、傷病の経過、転帰等については必ず記入して下さい。その他は、レセプト添付でもよろしいです。
- 6 ※印欄は、記入の必要はありません。
- 7 年月日の記載には元号を用いてください。

※受 理	年 月 日	※支 払	年 月 日
※決 定	年 月 日	※決定金額	年 月 日

診療費請求明細				(職員氏名)				
傷病名	ア	診療開始日		ア	年	月	日	
	イ	診療開始日		イ	年	月	日	
	ウ	診療開始日		ウ	年	月	日	
診療期間		診療実日数		年 月 日 から 年 月 日 まで				
初診	時間外・休日・深夜	回	点	傷病の経過				
再診	再診	×	回					
	外来管理加算	×	回					
	時間外	×	回					
	休日	×	回					
深夜	×	回						
指導								
住宅	往診	回		年 月 日				
	夜間	回						
	深夜・緊急	回		治 仰	継 続	転 医	中 止	死 亡
	在宅患者訪問診療その他薬剤	回		摘 要				
投薬	内服	薬剤	単位					
	調剤	×	回					
		薬剤	単位					
	屯服	調剤	×					回
薬剤		単位						
外用	調剤	×	回					
	薬剤	単位						
処方	×	回						
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	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					
	病院	特3	基1	入院時基本診療料(入院料) (室料・看護料・給食料)				
		診療所	特2	基2	食有	×	日間	
			特1	基	食無	×	日間	
	院	基食	I	本	特食	×	日間	
		普食	特I	他1	入院時医学管理料			
			基I	他2	×	日間		
基II			他3	×	日間			
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		