

初診日に本書を医療機関に提出してください。

(あ)

災害発生証明書

(医療機関提出用)

| | | | | |
|--|---------------|--------------------------------|-----|--|
| 被災職員に関する事項 | 所 属 | | | |
| | 氏 名 (生年月日) | (年 月 日生) | 住 所 | |
| 災害発生の日時 | | 午前 ・ 午後 年 月 日 (曜日) 時 分頃 | | |
| 災害発生 の 状況 | | | | |
| <p>上記の者は、当所属の職員であり、上記の災害により〔公務上、通勤途上〕受傷（又は発病）し、現在、地方公務員災害補償基金沖縄県支部に〔公務災害、通勤災害〕として、認定請求中（又は予定）であることを、証明します。</p> <p>年 月 日</p> <p>御中</p> <p>住 所 (証明者) 所属の 名 称 長の職・氏名 事務担当者名 TEL</p> | | | | |

(お願い)

上記の者は、地方公務員災害補償法の適用を受けようとする者であり、貴指定医療機関で診療を受けようとするものですので、診療に要した費用については、「療養費請求書」で、直接下記の地方公務員災害補償基金沖縄県支部に請求してください。

なお、手続等の関係から認定までに若干時間がかかることがありますが、疑問な点等がある場合には、下記の基金支部に照会してください。

(注意) 所属長及び被災職員へ

- 1 指定医療機関で診療を受けようとする場合は、必ず初診日に本書を提出してください。
- 2 公務災害（通勤災害）の認定請求を所属を通じて迅速に行ってください。
- 3 本件災害が、公務外又は通勤災害非該当となった場合には、本件災害に係る診療に要した費用は被災職員の負担になります。（各共済組合等の扱いになります）
- 4 年月日の記載には元号を用いてください。

〒900-8570 那覇市泉崎1丁目2番2号 沖縄県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 (TEL098-866-2127 FAX 098-862-8894)

様式第5号

指定医療機関の場合

療養の給付請求書

認定番号

〇〇-〇〇〇〇〇〇

必ず記入
すること

| | |
|--|------------------------|
| 地方公務員災害補償基金 沖縄県 支部長 殿 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。 | 請求年月日 (元号) 〇 年 〇 月 〇 日 |
| | 請求者の住所 〇〇市〇〇町〇〇番地 |
| | フリガナ 氏名 キキン タロウ 基金 太郎 |

| | | |
|-----------------|--|---|
| 1 被災職員に関する事項 | 所属団体名 〇 〇 〇 | フリガナ 氏名 キキン タロウ 基金 太郎 |
| | 所属部局名 〇〇市立〇〇中学校 | (元号) 〇 年 〇 月 〇 日生 (〇 歳) <small>被災時の年齢</small> |
| | 職名 教諭 <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 (元号) 〇 年 〇 月 〇 日 |

| | | |
|------------------------|-----|--------------------|
| 2 療養を受けようとする指定医療機関等 | (新) | 名称 県立〇〇病院 |
| | | 所在地 〇〇市〇〇町〇丁目〇番地〇号 |
| | (旧) | 名称 |
| | | 所在地 |

| | | | |
|-----------|--|------|-------|
| * 受理 | 基金支部 | | |
| (到達した年月日) | 年 月 日 | | |
| * 決定 | 年 月 日 | * 通知 | 年 月 日 |
| | <input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 不支給 | | |

- 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名称及び所在地を記入し、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名称及び所在地を記入すること。
- 3 年月日の記載には元号を用いる。

◆本用紙は指定医療機関を受診した場合のみ医療機関へ提出（認定後1回のみ提出）

◆転医（医療機関を変更）する場合も、転医先の初回受診時に受付へ提出すること

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 円 _____
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 口座番号() | <input type="checkbox"/> 当座預金 |
| | 預金名義者名 | 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 |

◆本用紙は医療機関で記入し、医療機関が直接基金支部へ提出する

| 診療費請求明細 | | | | (職員氏名) | | | | | | | | |
|--------------------|-----------|-------|-------|---|----------|-----|-----|-------|---|---|---|----|
| 傷病名 | ア | 診療開始日 | | ア | 年 | 月 | 日 | 診療期間 | 年 | 月 | 日 | から |
| | イ | 診療開始日 | | イ | 年 | 月 | 日 | | 年 | 月 | 日 | まで |
| | ウ | 診療開始日 | | 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 | × | 回 | 傷病の経過 | | | | | | | | |
| | 外来管理加算 | × | 回 | | | | | | | | | |
| | 時間外 | × | 回 | | | | | | | | | |
| | 休日 | × | 回 | | | | | | | | | |
| 深夜 | × | 回 | | | | | | | | | | |
| 指導 | | | | | | | | | | | | |
| 住宅 | 往診 | 回 | 転帰 | 年 月 日 | | | | | | | | |
| | 夜間 | 回 | | 治 仰 | 継 続 | 転 医 | 中 止 | 死 亡 | | | | |
| | 深夜・緊急 | 回 | | 摘 要 | | | | | | | | |
| | 住宅患者訪問診察 | 回 | | | | | | | | | | |
| その他 | 回 | | | | | | | | | | | |
| 投薬 | 内服 | 薬剤 | 単位 | 左の明細を記入 診療報酬明細の写しを添付する場合は、「別紙のとおり」と記載し、内容の記載は不要。 (合計点数、単価、合計欄は記載) | | | | | | | | |
| | 調剤 | × | 回 | | | | | | | | | |
| | | × | 回 | | | | | | | | | |
| | 屯服 | 薬剤 | 単位 | | | | | | | | | |
| 調剤 | | × | 回 | | | | | | | | | |
| 外用 | 薬剤 | 単位 | | | | | | | | | | |
| | 調剤 | × | 回 | | | | | | | | | |
| 処方 | × | 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 | 薬剤 | 回 | | | | | | | | | | |
| | 薬剤 | 回 | | | | | | | | | | |
| 手術・麻酔 | 薬剤 | 回 | | | | | | | | | | |
| 検査 | 薬剤 | 回 | | | | | | | | | | |
| | 薬剤 | 回 | | | | | | | | | | |
| 画像診断 | 薬剤 | 回 | | | | | | | | | | |
| | 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 | | | | | | | |
| | | 基寝・衣 | 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 | | | | 39 | | | | 円 | | | | |

様式第6号

受領委任の場合（本用紙の他、2号紙以下を添付）

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 〇 回 (〇 年 〇 月分) | | |
| 地方公務員災害補償基金 沖縄県 支部長 殿 下記の療養補償を請求します。 | | 請求年月日 | (元号) 〇 年 〇 月 〇 日 | | |
| | | 請求者の住所 | 〇〇市〇〇町〇〇番地 | | |
| | | フリガナ 氏名 | キキン タロウ 基金 太郎 | | |
| 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 | | 〇〇病院 に委任します。 | | |
| | 委任者の氏名 | | 基金 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。 | | 1 欄への記入漏れがないよう 注意してください | | |
| 受任者の | 医療機関等の名称 | 〇〇病院 | | | |
| | 所在地 | 〇〇市〇〇町〇〇番地 | | | |
| | 氏名(代表者名) | 沖縄 一郎 | | | |
| 2 関被する職事員に | 所属団体名 | 沖縄県教育委員会 | | フリガナ | キキン タロウ |
| | 所属部局名 (電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇) | 〇〇市立〇〇中学校 | | 氏名 | 基金 太郎 |
| | 職名 | <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 | (元号) 〇 年 〇 月 〇 日 | |
| 3 診療費 | 内訳は「*10 診療費請求明細」欄記載のとおり | | | 10,164 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 | 円 | |
| 6 移送費 | <input type="checkbox"/> 交通費 から まで km <input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復 | | | 円 | |
| | <input type="checkbox"/> その他の移送費 | | | | |
| 7 上記以外の療養費 (3~6以外) | 診断書料 2,000 円 | 8 療養補償請求金額 (3~7の合計額) | 12,164 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 | 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 | 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 | |
| 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) | | 〇〇病院(〇〇ピョウイン) フリガナも正確に 沖縄 一郎(オキナワ イチロウ) 記入してください | | |
| <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 | | 年 月 日 |
| * 決定金額 | 円 | * 通知 | 年 月 日 | * 支払 | 年 月 日 |

医療機関等で記入してもらう

〔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 「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。
- 3 「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。
- 4 「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。
- 5 「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。
- 6 「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。
- 7 「*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。
- 8 「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。
- 9 年月日の記載には元号を用いる。

様式第6号

本人が支払った場合（本用紙の他、2号紙以下を添付）

〔領収書を添付すること〕

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 〇 回 (〇 年 〇 月分) | | | | | | |
| 地方公務員災害補償基金 沖縄県 支部長 殿 下記の療養補償を請求します。 | | 請求年月日 | (元号) 〇 年 〇 月 〇 日 | | | | | | |
| | | 請求者の住所 | 〇〇市〇〇町〇〇番地 | | | | | | |
| | | フリガナ 氏 名 | キキン タロウ 基金 太郎 | | | | | | |
| 1 受補償 費用の 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 関被 災職 事員 に | 所属団体名 | 沖縄県教育委員会 | | フリガナ | キキン タロウ | | | | |
| | 所属部局名 | 〇〇市立〇〇中学校 (電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇) | | 氏 名 | 基金 太郎 | | | | |
| | 職 名 | 教諭 | <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 | (元号) 〇 年 〇 月 〇 日 | | | | |
| 3 | 診 療 費 | 内訳は「*10 診療費請求明細」欄記載のとおり | | | 10,164 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 | 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) | 診断書料 2,000 円 | 8 | 療養補償請求金額 (3~7の合計額) 12,164 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 | 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 | 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 | | | | | | |
| 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 | 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 |

記入不要

- [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 「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。
 - 3 「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。
 - 4 「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。
 - 5 「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。
 - 6 「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。
 - 7 「*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。
 - 8 「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。
 - 9 年月日の記載には元号を用いる。

(医療機関で記入してもらう)

2号紙

| | | | | | | | | |
|---|--|--------------------------------|----------------------------|---|-------------------------------------|-------|-----|----|
| *10 診療費請求明細 | | | | (職員氏名) 基金 太郎 | | | | |
| 傷病名 | ア ○○○○ イ ウ | 認定した傷病名 | | 診療開始日 | ア ○ 年 ○ 月 ○ 日 イ 年 月 日 ウ 年 月 日 | | | |
| 初診 | 時間外・休日・深夜 | 回 | 点 | 診療期間 | ○ 年 ○ 月 ○ 日から ○ 年 ○ 月 ○ 日まで | 診療実日数 | ○ 日 | |
| 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 | | | | |
| 指導 | | | | 転帰 | ○ 年 ○ 月 ○ 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 | | 治ゆ | 継続 | 転医 | 中止 | 死亡 |
| | | | | 摘要 | | | | |
| 投薬 | 内服 | 薬剤 | 単位 | 診療報酬明細書の写を添付する場合は、「別紙のとおり」と記載し、内訳の記載は不要。 (合計点数・単価・合計額は記載。) | | | | |
| | 屯服 | 薬剤 | × 回 | | | | | |
| | | 薬剤 | × 回 | | | | | |
| | 外用 | 薬剤 | × 回 | | | | | |
| | | 薬剤 | × 回 | | | | | |
| 処方 | × 回 | 回 | | | | | | |
| 麻毒調基 | × 回 | 回 | | | | | | |
| 注射 | 皮下筋肉内 | 回 | 回 | | | | | |
| | 静脈内 | 回 | 回 | | | | | |
| | その他 | 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 | | | 円 × | 日間 | | |
| | | × | 日間 | | 円 × | 日間 | | |
| | | × | 日間 | | 円 × | 日間 | | |
| | | × | 日間 | | 円 × | 日間 | | |
| 特定入院料・その他 | | | 円 × | 日間 | | | | |
| 診療報酬点数表により計算できるもの | 合計点数 | 847 点 | 1 点単価 | 12 円 | 10,154 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 | | | 2,000 円 | | | | |
| 診療費請求合計額 | | | | 12,164 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>(元号)○ 年 ○ 月 ○ 日</p> <p>診療機関の { 名称 ○○病院 所在地 ○○市○○町○○番地 医師の氏名 医師 ○○ ○○</p> | | | | | | | | |

診断書については、当支部へ原本を提出した場合に限り補償対象となります。

(薬局で調剤を受けた場合に記入してもらう)

| *11 調剤費請求明細 | | | | (職員氏名) 基金 太郎 | | | | |
|--|-------|------------|------------------|--------------|------|----------------|-----|-----|
| 処方せんを交付した診療機関の | | 名称 | | 〇〇病院 | | | | |
| | | 所在地 | | 〇〇市〇〇町〇〇番地 | | | | |
| 担当医名 担氏 | | 1. 〇〇 〇〇 | | 3. | | | | |
| | | 2. | | 4. | | | | |
| 調剤期間 | | 〇年〇月〇日から | | 〇年〇月〇日まで | | 〇日間 調剤実日数 〇日 | | |
| 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 |
| 〇 | 〇 . 〇 | 〇 . 〇 | 〇〇〇〇 | 〇 | 〇 | 〇 | 〇 | 〇 |
| | . | . | | | | | | |
| | . | . | | | | | | |
| | . | . | | | | | | |
| | . | . | | | | | | |
| | . | . | | | | | | |
| | . | . | | | | | | |
| | . | . | | | | | | |
| | . | . | | | | | | |
| | . | . | | | | | | |
| | . | . | | | | | | |
| | . | . | | | | | | |
| | . | . | | | | | | |
| | . | . | | | | | | |
| | . | . | | | | | | |
| | . | . | | | | | | |
| | . | . | | | | | | |
| | . | . | | | | | | |
| | . | . | | | | | | |
| | . | . | | | | | | |
| | . | . | | | | | | |
| | . | . | | | | | | |
| 処方せん受付回数 | | 〇回 | | 摘要 | | | | |
| 調剤基本料 (点) | | 時間外加算等 (点) | | 指導料 (点) | | 合計点数 | | |
| 〇〇 | | | | | | 〇〇 点 | | |
| | | | | | | 合計金額 | | |
| | | | | | | 0,000 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>(元号)〇年 〇月 〇日</p> <p>薬局の { 名称 △△薬局 所在地 △△市△△町△△番地 薬剤師の氏名 沖繩 二郎</p> | | | | | | | | |

転 医 届

| | | | | |
|--|------------|-------|------|-------|
| 所 | 属 | | 認定番号 | |
| 氏 名 | | | | |
| 傷 病 名 | | | | |
| 現在受診している医療機関 | 所 在 地 | | | |
| | 名 称 | | | |
| | 療 養 期 間 | 年 月 日 | から | 年 月 日 |
| 転医もしくは精密検査を受けようとする医療機関 | 所 在 地 | | | |
| | 名 称 | | | |
| | 転医(検査受診)月日 | 年 | 月 | 日 |
| 転医(精密検査)の理由 | | | | |
| <p>上記のとおり転医(精密検査)が必要であることを認める。</p> <p style="margin-left: 100px;">年 月 日</p> <p style="margin-left: 100px;">病院又は診療所の</p> <div style="display: flex; align-items: center; margin-left: 150px;"> { <div style="display: flex; flex-direction: column; gap: 5px;"> 所 在 地 名 称 担当医師 </div> </div> <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">⑨</div> | | | | |
| <p>上記のとおり転医したいのでお届けいたします。</p> <p style="margin-left: 100px;">年 月 日</p> <p style="margin-left: 200px;">被災職員氏名</p> <p style="margin-left: 100px;">地方公務員災害補償基金沖縄県支部長 殿</p> | | | | |

治 癒 報 告 書

| | |
|----------|--|
| 認定 番号 | |
|----------|--|

| | | | |
|---|---------|--------|------|
| 地方公務員災害補償基金沖縄県支部長 殿 年 月 日 | | | |
| 所属部局 被災職員 氏 名 | | | |
| 下記のとおり治癒しましたから報告します。 | | | |
| 災害発生の日時 | | 年 | 月 日 |
| 災害発生の場所 | | | |
| 傷病名・部位 | | | |
| 治癒年月日 (症状固定を含む) | | 年 | 月 日 |
| 障害の有無 | 有 ・ 無 | | |
| 障害の程度 (有の者のみ記入) | | | |
| 医療機関名 | | | |
| 治療費 | 公務災害補償 | 共済組合給付 | 自賠保険 |
| その他参考事項 | その他 () | | |
| 上記のとおり相違ないことを確認します。 <div style="text-align: center; margin: 10px 0;">年 月 日</div> 所属部局の長の職 氏名 | | | |

- (注) 1. 「治癒」とは、完全治癒のみではなく、もはや症状が固定の状態になったものも含まれます。
 2. 同一の事故により生じた傷病が2以上あるときは、その全部が治癒した場合に報告してください。
 3. 「治療費」の欄は該当に○印すること。
 4. 「障害の有無」の欄は傷病が治ったとき、地方公務災害補償法別表に定める程度の身体障害があるかないかについて記入すること。
 5. この報告書は、傷病が治癒したときに所属機関を経由して支部長にすみやかに提出してください。