

自己負担分(やむを得ず共済組合員証を使用して受診した場合)を請求する場合
 様式第6号

療 養 補 償 請 求 書

1号紙

認定番号 ○○-○○○○○○○	
請求回数 第 ○ 回 (○ 年 ○ 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 ○○ 年 ○ 月 ○ 日 請求者の住所 ○○市○○町○○番地 ふりがな 氏名 ききん いちろう 基金 一郎
1 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 _____ 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。 住所 _____ 受任者の医療機関等の名称 _____ 氏名(代表者名) _____
2 被災職員の	所属団体名 ○ ○ 市 氏名 基金 一郎 ○ ○ 年 ○ 月 ○ 日生 (○ ○ 歳)
	所属部局名(電話番号○○○-○○○○○) 総務部 総務課 庶務係 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 ○ ○ 年 ○ 月 ○ 日
3 診療費	内訳は「*10 診療費請求明細」欄記載のとおり 4,660 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 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 年 月 日まで _____ 円
6 移送費	<input type="checkbox"/> 交通費 から _____ まで キロメートル <input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復 _____ 円
	<input type="checkbox"/> その他の移送費 _____ 円
7 上記以外の療養費	_____ 円
8 療養補償請求金額(3~7の合計額)	4,660 円

診療費の3割(3,160円)と診断料(1,500円)の合計

9 送金希望の場合	振込み	振込先金融機関名 ○ ○ 銀行 ○ ○ 支店 口座番号 ○ ○ ○ ○ - ○ ○ ○ ○ <input checked="" type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金	預金名義者名 法人機関又は役職の名称(個人名義の場合は記入不要です。) (フリガナ) 氏名 ききん いちろう 基金 一郎
	送金小切手	銀行 _____ 支店 _____	
	その他	_____	

本人の口座

収 受
年 月 日
所属名

* 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	* 支払 年 月 日	* 決定金額 _____ 円	

[注意事項]
 1 請求者は、診療費請求明細書(※10)を添付し、請求書(※11)を提出すること。
 2 請求書(※11)には、請求者の氏名、住所、所属部局名、職名、所属部局番号、請求年月日、請求金額、請求理由等を記載すること。
 3 請求書(※11)には、請求者の印(捺印)を捺すこと。
 4 請求書(※11)には、請求者の署名(サイン)を捺すこと。
 5 請求書(※11)には、請求者の住所(〒)を記載すること。
 6 請求書(※11)には、請求者の所属部局名(〒)を記載すること。
 7 請求書(※11)には、請求者の職名(〒)を記載すること。
 8 請求書(※11)には、請求者の所属部局番号(〒)を記載すること。
 9 請求書(※11)には、請求者の請求年月日(〒)を記載すること。
 10 請求書(※11)には、請求者の請求金額(〒)を記載すること。
 11 請求書(※11)には、請求者の請求理由(〒)を記載すること。
 12 請求書(※11)には、請求者の請求理由(〒)を記載すること。
 13 請求書(※11)には、請求者の請求理由(〒)を記載すること。
 14 請求書(※11)には、請求者の請求理由(〒)を記載すること。
 15 請求書(※11)には、請求者の請求理由(〒)を記載すること。

請求人からの提出を受けたら記入内容や添付書類を確認し、所属にて収受印を付すこと。

*10 診療費請求明細		(職員氏名) 基金 一郎			
傷病名	ア イ ウ	右膝靭帯損傷	認定した傷病名	診療開始日	ア イ ウ ○年○月○日 年 月 日 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	再外来診 継続管理 外来時間 深夜 休日	診療料	73 ×	3 回	傷病の経過
		加算料	5 ×	1 回	
指導	往夜深夜・緊急 住宅患者訪問 その他	診問急診	回	回	転 ○年 ○月 ○日 治 ゆ 継 続 転 医 中 止 死 亡 摘 要
		薬剤	回	回	
在宅	内服薬 外用薬 処方毒基	薬剤	×	単	左の明細の記入又は添付
		薬剤	×	単	
投薬	内服薬 外用薬 処方毒基	薬剤	×	単	※自己負担分の領収書を別紙にして添付すること。
		薬剤	×	単	
注射	皮下筋肉内 静脈の他	薬剤	回	回	自己負担分 10,550 × 0.3
		薬剤	回	回	
処置	薬剤	薬剤	回	回	診療報酬点数表により計算できるもの 合計点数 1,055 × 1点単価 3 3,160円
		薬剤	回	回	
手術・酔	薬剤	薬剤	回	回	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 診断料 1,500円
		薬剤	回	回	
検査	薬剤	薬剤	回	回	診療費請求合計額 円
		薬剤	回	回	
画像断	薬剤	薬剤	2 回	351	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。) ○年○月○日 診療機関の { 所在地 ○○市○○町○○番地 名称 ○○病院 医師の氏名 医師 ○○ ○○
		薬剤	回	回	
その他	入院年月日	入院基本料・加算	×	日間	必ず証明を受けること
		入院基本料・加算	×	日間	
入院	病・診・衣	入院基本料・加算	×	日間	この面は医療機関で記入してもらうこと
		入院基本料・加算	×	日間	
院	特定入院料・その他	食事	円 ×	日間	この面は医療機関で記入してもらうこと
		基準	円 ×	日間	
診療報酬	診療報酬点数表により計算できるもの	食事	円 ×	日間	自己負担分 10,550 × 0.3
		基準	円 ×	日間	
診療報酬	診療報酬点数により計算できないもの	食事	円 ×	日間	必ず証明を受けること
		基準	円 ×	日間	
診療費請求	診療費請求合計額	食事	円 ×	日間	必ず証明を受けること
		基準	円 ×	日間	
療養補償	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。) ○年○月○日 診療機関の { 所在地 ○○市○○町○○番地 名称 ○○病院 医師の氏名 医師 ○○ ○○	食事	円 ×	日間	必ず証明を受けること
		基準	円 ×	日間	

「転医届」を提出

左の明細の記入又は添付

※自己負担分の領収書を別紙にして添付すること。

自己負担分 10,550 × 0.3

必ず証明を受けること

この面は医療機関で記入してもらうこと

自己負担分(移送費・補装具等)を請求する場合

様式第6号

療養補償請求書

1号紙

		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	〇〇年〇月〇日		
		請求者の住所	〇〇市〇〇町〇〇番地		
		ふりがな	ききん さぶろう		
		氏名	基金 三郎		
1 補償費用の受領委任	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。 住所.....				
	受任者の医療機関等の名称..... 氏名(代表者名).....				
2 被災職員の事項	所属団体名	〇〇村			
	氏名	基金 三郎			
	〇〇年〇月〇日生(〇〇歳)				
所属部局名(電話番号〇〇〇-〇〇〇〇)		総務部 総務課 庶務係			
職名		係長 <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		〇〇年〇月〇日			
3 診療費	内訳は「*10 診療費請求明細」欄記載のとおり			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	□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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	円	
6 移送費	<input checked="" type="checkbox"/> 交通費 〇〇から〇〇まで〇〇キロメートル <input type="checkbox"/> 片道 <input checked="" type="checkbox"/> 往復 15回			11,900 円	
	□その他の移送費				
7 上記以外の療養費	(補装具代)			25,000 円	
8 療養補償請求金額(3~7の合計額)				36,900 円	
9 送金希望の場合	振込み	振込先金融機関名	〇〇銀行 〇〇支店		
		口座番号	〇〇〇-〇〇〇〇		
		<input checked="" type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金	預金名義者名		
	送金小切手	銀行	支店	法人機関又は役職の名称(個人名義の場合は記入不要です。)	
その他			(フリガナ) 氏名 キキン サブろう 基金 三郎		
* 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	* 支払 年 月 日		* 決定金額 円		

交通費証明書の添付

医師の証明書の添付

本人の口座

[注意事項]

1 請求者は、番号に「*」の印を記入すること。
2 認定番号は、補償に該当するかどうかを判断するに必要はないこと。
3 「1」は、診療費、調剤費、看護料、移送費、療養費、補装具費、入院料、食事料及び「3」診療費を請求するに当たっては、訪問看護の場合を除き、費用の領収書又はこの欄に「*」を記入し、その領収書及び明細書を添付すること。
4 「5」は、訪問看護事業者の証明書の添付を要する。また、訪問看護事業者の証明書の添付を要しない場合は、「*12」欄に「*」を記入すること。
5 「6」は、交通費の請求に当たっては、片道又は往復の回数、距離、往復の回数等を記入すること。
6 「7」は、補装具代の請求に当たっては、「*11」欄に「*」を記入し、その領収書及び明細書を添付すること。
7 「8」は、療養補償請求金額を算出するに当たっては、上記の各欄の金額及びその明細(例えば診断書料、入院料、食事料、薬剤料、看護料、移送費、療養費、補装具費等)を合計すること。
8 請求書は、請求の年月日、請求者の住所、氏名、所属部局名、職名、負傷又は発病の年月日、請求金額等を記載し、請求者の署名捺印を要する。



医療機関に受領委任する場合

様式第6号

療養補償請求書

1号紙

認定番号		〇〇-〇〇〇〇〇〇	
請求回数		第 〇 回 (〇 年 〇 月 分)	
請求年月日		〇〇 年 〇 月 〇 日	
請求者の住所		〇〇 市 〇〇 町 〇〇 番地	
氏名		ふりがな 名 ききん はなこ 基金 花子	
1 補償費用の受領委任	この請求書による療養補償の費用の受領を 〇〇 病院 沖繩 太郎 に委任します。 委任者の氏名 基金 花子		
	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。 受任者の住所 〇〇 市 〇〇 町 〇〇 番地 医療機関等の名称 〇 〇 病 院 氏名 (代表者名) 沖繩 太郎		
2 被災職員に関する事項	所属団体名	〇 〇 市	
	氏名	所属部局名 (電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇)	学校給食センター
		職名	調理員 <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	〇〇 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		66,300 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 キロメートル <input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復	円
	<input type="checkbox"/> その他の移送費		円
7 上記以外の療養費			円
8 療養補償請求金額 (3~7の合計額)			66,300 円
9 送金希望の場合	振込み	振込先金融機関名 〇 〇 銀行 〇 〇 支店 口座番号 〇〇〇-〇〇〇〇 <input checked="" type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金	預金名義者名 〇 〇 病 院
	送金小切手	銀行 支店	法人機関又は役職の名称 (個人名義の場合は記入不要です。) (フリガナ) 氏名 オキナワ タロウ 沖繩 太郎
	その他		
* 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	* 支払 年 月 日	* 決定金額 円	

(注) 請求者は被災職員

被災職員が記入

医療機関記入

医療機関記入

病院の口座

被災職員が記入

[注意事項]

1 請求者は、認定番号、印の欄は、第1回目を請求するに当たって、当該医師、歯科医師若しくは柔道整復師、薬剤師又は訪問看護士等の療養補償の費用の受領を委任し、この請求書に「*10 診療費請求明細」欄記載のとおり、診療費、調剤費、訪問看護料、看護料、移送費、その他の療養費を請求し、その領収書及び明細書を添付し、請求書の裏面に「*11 調剤費請求明細」又は「*12 訪問看護事業者の証明」欄記載のとおり、調剤費、訪問看護料、看護料、移送費、その他の療養費の金額及びその明細 (例えば診断書料、

2 請求書は、1枚の紙に記入し、請求書の裏面に「*11 調剤費請求明細」又は「*12 訪問看護事業者の証明」欄記載のとおり、調剤費、訪問看護料、看護料、移送費、その他の療養費の金額及びその明細 (例えば診断書料、

3 請求書は、1枚の紙に記入し、請求書の裏面に「*11 調剤費請求明細」又は「*12 訪問看護事業者の証明」欄記載のとおり、調剤費、訪問看護料、看護料、移送費、その他の療養費の金額及びその明細 (例えば診断書料、

4 請求書は、1枚の紙に記入し、請求書の裏面に「*11 調剤費請求明細」又は「*12 訪問看護事業者の証明」欄記載のとおり、調剤費、訪問看護料、看護料、移送費、その他の療養費の金額及びその明細 (例えば診断書料、

5 請求書は、1枚の紙に記入し、請求書の裏面に「*11 調剤費請求明細」又は「*12 訪問看護事業者の証明」欄記載のとおり、調剤費、訪問看護料、看護料、移送費、その他の療養費の金額及びその明細 (例えば診断書料、

6 請求書は、1枚の紙に記入し、請求書の裏面に「*11 調剤費請求明細」又は「*12 訪問看護事業者の証明」欄記載のとおり、調剤費、訪問看護料、看護料、移送費、その他の療養費の金額及びその明細 (例えば診断書料、

7 請求書は、1枚の紙に記入し、請求書の裏面に「*11 調剤費請求明細」又は「*12 訪問看護事業者の証明」欄記載のとおり、調剤費、訪問看護料、看護料、移送費、その他の療養費の金額及びその明細 (例えば診断書料、

8 請求書は、1枚の紙に記入し、請求書の裏面に「*11 調剤費請求明細」又は「*12 訪問看護事業者の証明」欄記載のとおり、調剤費、訪問看護料、看護料、移送費、その他の療養費の金額及びその明細 (例えば診断書料、

収受

年月日

所属名

* 10 診療費請求明細		(職員氏名) 基金 一郎						
傷病名	ア 左腓骨下端骨折	診療開始日	ア ○年○月○日	診療期間	○年○月○日から			
	イ		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	再外診	×	回	傷病の経過				
	外続来	×	回					
	診管理	×	回					
	療加	×	回					
診管理	×	回						
間	×	回						
外時	×	回						
休	×	回						
深	×	回						
夜	×	回						
指 導				転	○年 ○月 ○日			
在 宅	往夜深夜住宅患者の薬剤	診間急診他診察	回	回	回			
						回	回	回
投 薬	内服薬 外用薬 処方調剤	薬剤調剤調剤調剤	×	×	×			
						単	位	回
						単	位	回
						単	位	回
注 射	皮下筋肉内	脈の他	回	回	回			
						回	回	回
処 置	薬 剤		回	回				
手 術	薬 剤		回	回				
検 査	薬 剤		回	回				
画 診	薬 剤		回	回				
像 断	薬 剤		回	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					
		×	日間					
院	特定入院料・その他							
		食 事	基準	円 ×	日間			
				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	4,900 × 1点単価	12	58,800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	診断料1,500 × 1 個室2,000 × 3		7,500円			
診療費請求合計額					66,300円			
上記の事項は費用の受領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と相違ないことを証明する場合は不要です。)								
○年 ○月 ○日								
診療機関の { 所在地 ○○市○○町○○番地								
名 称 ○○病院								
医師の氏名 医師 ○○ ○○								

転帰が治癒となっていれば「治癒報告書」を提出してください。

診療明細については、医療機関で記入してもらるか、レセプトの写しを添付すること。

認定した傷病名が記入される。新たに傷病名が追加された場合は、追加認定の手続きが必要です。

診断書は原則として認定請求書に添付の1通のみ。

個室、上級室使用の場合「特別室使用証明書」を添付すること。

この面は医療機関で記入してもらうこと

薬局に受領委任する場合

様式第6号

療養補償請求書

1号紙

被災職員が記入

認定番号		〇〇-〇〇〇〇〇〇		
請求回数		第〇回(〇年〇月分)		
請求年月日		〇〇年〇月〇日		
請求者の住所		〇〇市〇〇町〇〇番地		
氏名		ふりがな 基金 二郎 ききん じろう 基金 二郎		
1 受領委任の補償費用	この請求書による療養補償の費用の受領を 〇〇薬局 琉球 花子 に委任します。 委任者の氏名 基金 二郎			
	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。 受任者の住所 〇〇市〇〇町〇〇番地 医療機関等の名称 〇〇薬局 氏名(代表者名) 琉球 花子			
2 被災職員に関する事項	所属団体名	〇〇市		
	氏名	基金 二郎 〇〇年〇月〇日生(〇〇歳)		
所属部局名(電話番号〇〇〇-〇〇〇〇)		〇〇部〇〇課		
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		〇〇年〇月〇日		
3 診療費	内訳は「*10 診療費請求明細」欄記載のとおり	円		
4 調剤費	内訳は「*11 調剤費請求明細」欄記載のとおり	900 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 年月日まで <input type="checkbox"/> 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 〇〇から 〇〇まで キロメートル <input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復	円		
	<input type="checkbox"/> その他の移送費	円		
7 上記以外の療養費			円	
8 療養補償請求金額(3~7の合計額)			900 円	
9 送金希望の場合	振込み	振込先金融機関名	〇〇銀行 〇〇支店	
		口座番号	〇〇〇-〇〇〇〇	
	送金小切手	<input checked="" type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金	預金名義者名	
		銀行	法人機関又は役職の名称(個人名義の場合は記入不要です。 〇〇薬局 (フリガナ) 氏名 リュウキュウ ハナコ 琉球 花子	
その他				
* 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	* 支払 年月日	* 決定金額 円		

薬局名

薬局が記入

薬局の口座

収受
年月日
所属名

* 11 調剤費請求明細				(職員氏名) 基金 二郎					
処方せんを交付した診療機関の		名称	〇〇〇〇病院						
		所在地	〇〇市〇〇町〇〇番地						
担当医名 担氏		1. 〇〇 〇〇 2.		3. 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		調剤料	薬剤料	加算料	
1	〇・〇	〇・〇	〇〇〇〇	〇枚	点 22	1	点 10	点 22	点 2
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
処方せん受付回数		1回	摘要						
調剤基本料 (点)		時間外加算等 (点)		指導料 (点)		合計点数			90 点
39				17		合計金額			900 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>									

この面は医療機関で記入してもらうこと