地方公務員災害補償基金

|  |  |
| --- | --- |
| 　　　　　　療　養　費　請　求　書 | 認定回数　第　　　　　　　　　　回 |
| 認定番号　　　　　　―　　　　　号 |
| 長野市大字南長野字幅下692-2　長野県総務部職員課内　地方公務員災害補償基金　　 長 野 県 支 部 長　殿 | 請求年月日　 　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 　　　　　　　　所在地　　　　　　　　　　　　　　　　指定医療機関の　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称　　　　　　　　　　　　　　　　請　　求　　者　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 医療契約に基づき、下記の診療費を請求します。 |
| １（所属団体） | ２ （所属部局） |
| ３（氏　　名）　　　　　　　年　　　月　　　日生 | ４ （職　　名） |
| ５ | （負傷又は発症年月日） | 　　年　　月　　日 |
| ６　診療費請求金額（内訳は二面のとおり） |  | 百 | 十 | 万 | 千 | 百 | 十 | 円 |
| ７　添付する書類その他資料名 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ８送金希望の場合 | 振 込 先金 融 機 関 名 |  　　銀行　　　　支店 |
| 預 金 科 目 |  □普通預金　　　□当座預金 |
| 口　座　番　号 |   |
|
| 預金名義者名 | 法人機関又は役職の名称 |   |
|
| （ﾌﾘｶﾞﾅ）氏　　　名 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ※受　　理 | 　　　年　　月　　日 |
| ※支　　払 | 　　　年　　月　　日 |
| ※決定金額 | 　　　　　　　　　　　円 |

（注）１　被災職員から療養の給付請求書（様式第５号）が提出されていない場合は、速やかに連絡し、提出させてください。

　　　２　請求は、なるべく１ヵ月ごとに行ってください。

　　　３　日付は和暦で記載してください。

　　　４　※印は、記入しないでください。

　　　５　請求書の提出先

　　　　　　〒380-8570　長野市大字南長野字幅下692-2（県庁職員課内）

　　　　　　　　　　　　地方公務員災害補償基金長野県支部

|  |  |
| --- | --- |
|   **診療費請求明細** |  （職員氏名） |
| 傷病名 | アイウ | 診療開始日 | ア　 　年 月 日イ　　 年 月 日ウ　　 年 月 日 | 診療期間 | 　 年 月 日から　 年 月 日まで |
| 診療実日数 |  　 日 |
|  初　診 | 時間外・休日・深夜　 　　 回 点 |
|  傷 病 の 経 過 |  |
| 再診 |  再　　　　診 × 回 外来診療料 × 回 継続管理加算　 ×　　回 外来管理加算 ×　　回 時　 間　 外 × 回 休　　　　日 × 回 深　　　　夜 × 回 |
|  指 導 |  | 転帰 | 　　 　 　年　 　　 月 　　　日 |
| 在宅 |  往　　　　診 回 夜　　　　間 回 深夜・緊急 　 回 住宅患者訪問診察 回 そ 　の　 他 薬　　　　剤 回 |  治 ゆ |  継　続 |  転　医 |  中　止 |  死 亡 |
| 摘　　　　要 |
|  |  |
| 投薬 |  　 薬剤 単位 内　服 　　　　調剤　　　 ×　　回 　　　 薬剤 　　単位 屯　服 　　　　調剤　　　 ×　　回 薬剤 単位 外　用 調剤 × 回 処　方　　　　　　 × 回 麻　毒　　　　　　 　　　回 調　基 |
| 注射 |  皮下筋肉内　　　　 　　　回 静　脈　内 回 そ　の　他 回 |
| 処置 |  　　　　　　 　　　回 薬　剤 回 |
|  手麻術酔 ・ |  回 薬　剤　　　　　　 　　　回 |
| 検査 |  回 薬　剤　　　　　　 　　　回 |
| 画診像断 |  回 薬　剤　　　　　　 　　　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 |
|  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 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 | 　　　　　 　　 円 |
|  　診療費請求合計額 |  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、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 　 所　在　地 診療機関の 名　　　称 医師の氏名　 　　　 　　 　　　　 |