

様式第3号（第8条関係）

療 養 補 償 請 求 書

		請求回数	第 回
(実施機関の職氏名) 様		請求年月日 年 月 日	
		請求者の 住 所 ふりがな 氏 名	
下記の療養補償を請求します。		氏 名	
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		
2 被災職員に 関する事項	所属部局名		
	職 名		
3 診 療 費	氏 名 年 月 日生 (歳)		
	負傷又は発病の年月日 年 月 日		
4 看 護 料	内訳は「9 診療費請求明細」欄記載のとおり		円
	内訳は「※10 訪問看護事業者 の証明」欄記載のとおり		円
4 看 護 料	□ 訪 問 看 護		円
	□ 看 護 師 □ 付 添 婦 □ そ の 他		円

5 移 送 費		交通費			円		
		から まで ☐ 片道 回 キロメートル ☐ 往復					
		その他の移送費			円		
6 上記以外の療養費		円					
7 療養補償請求金額 (3～6の合計額)		円					
8 送 金 希 望 の 場 合	口座振替	振込先金 融機関名	銀行 支店	* 受 理	年 月 日		
		☐ 普通預金 ☐ 当座預金		* 決 定 金 額	円		
		口座番号					
		預 金 名義者		* 通 知	年 月 日		
	送 金 小切手	受取先金 融機関名	銀行 支店	* 支 払	年 月 日		
	その他						
*9 診療費請求明細							
(1) 傷 病 名	ア イ ウ		(2) 診 療 開 始 日	ア 年 月 日 イ 年 月 日 ウ 年 月 日	診 察 期 間	年 月 日から 年 月 日まで	
					診 療 実 日 数	日	
					転 帰		
					治 ゆ	死 亡	中 止
(3) 診 察	初診	時間外・休日・深夜 回数					
	再 診	再 診	回				
		内科再診	回				
		時 間 外	回				
		休日・深夜	回				

料	指導	回		
	往診	普通	回	
		夜間	回	
		深夜・暴風雨 雪・難路	回	
(4) 投薬料	内服	薬剤	単位	
		調・処	回	
	屯服	薬剤	単位	
		調・処	回	
	外用	薬剤	単位	
		調・処	回	
(5) 注射料	皮下筋肉内		回	
	静脈内		回	
	その他		回	
(6) 処置料			回	
			回	
	薬剤		回	
(7) 手麻酔 ・料			回	
			回	
	薬剤		回	
(8) 検査料			回	
			回	
	薬剤		回	
(9) レゲ ン ト料			回	
			回	

(10)	その他					
(11)	入院年月日		年 月 日			
入院	病院	基食	看特2	入院時基本診療料 (室料・看護料・給食料) 点		
				食有 × 日間		
		看特1		食無 × 日間		
				特食 × 日間		
	診療所	普食	看1	入院時医学管理料 2週間以内		
				× 日間		
		基寝・衣	看1	2週間超～		
				1月以内		
			看2	× 日間		
				1月超～3月以内		
		看3	× 日間			
			3月超 × 日間			
その他						
(12) 診療報酬点数表により計算できる合計額					合計点数×1点単価	円
(13) 診療報酬点数表により計算できないもの (例えば診断書料・入院室料 差額等)						円
(14) 診療費請求合計額					(12) + (13)	円

上記の事項は事実と相違ありません。（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 名 称 医師の氏名 ㊦		
※10 訪問看護事業者の証明		(患者氏名)
傷病名		(訪問看護期間)
傷病の経過		
		年 月 日から 年 月 日まで 訪問看護の回数 回
基本療養費	保健師、看護師、理学療法士、作業療法士 円× 回 円	指示年月日 年 月 日 主治医への直近 年 月 日 報 告 年 月 日
	准看護師 円× 回 円	訪問日 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
管 理	初 日 円	
療 養 費	2回目以降 円	
情報提供		提供した情報の概要
療 養 費		情報提供先の市区町村名
ターミナルケア療養費合計	円 死亡年月日 年 月 日 円	(備考)

訪問看護の指示を受けた医療機関の名称及び主治医の氏名	
医療機関の名称	
主治医の氏名	
上記の事項は事実と相違ないことを証明します。	
年 月 日	
所 在 地	
訪問看護事業者の 名 称	
代表者氏名	㊟

[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□にレ印に記入すること。
- 2 「1 補償費用の受領委任」の欄は、診療にあたった医療機関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。
- 3 「4 看護料（訪問看護婦を除く。）」及び「5 移送費」については、費用の領収書又はこれにかわる証明書及び明細書を添付すること。
- 4 「6 上記以外の療養費」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、その領収書及び明細書を添付すること。
- 5 「* 9 診療費請求明細」の欄の記入にかえて同様事項を記載した医師、歯科医師又は柔道整復師の証明書を添付してもよいこと。
- 6 診療報酬点数の算出ができない場合は、金額で記入すること。