手順A 記入例

※<u>指定医療機関</u>に認定通知書を提示する際に、被災職員が<u>記入したもの</u>を提出。後の手続きは病院と基金で行う。

様式算	第 5	号	療養	認定	番	号											
地方公務	員災	害補償基金				請求年月	月日		令和	1 5	年		4	月		1	日
		愛媛県			長 殿	請求者の	住所	○○市○○町○○番地									
下記請求し		定医療機関等。	いい なける かいかい かいかい かいかい かいかい かいかい かいかい かいかい かい	療養の給	付を	フリガ 氏		-	タロウ 太郎								
1 被	所属	属団体名		0	〇市	フリガラ			i ナ				·	タロリ			
災職								氏	名			愛	を媛	太郎	•		
員に関	所属	爲部局名	(OO部 C)()局(〇〇課				昭和41	年	8)	1	1 日生	(45	歳)
する事	職	名	к	長	V	常	勤	負傷又に	は発病	の年月日	1						
項	相以	41	'	K JK		令第1条職	員				令和	15 4	F	2	月	3	日
			(新)	名 称				〇 〇 病院									
変養	を受	せけようとす E療機関等		所在地			C	〇市	0	〇町	00)番坩	<u>t</u>				
<u>・</u> る指	訂定医	E療機関等	(旧)	名 称													
			(III)	所在地													
* 受	珊		並 ふ :	去 如													
(到達した年	月日)	4		月	B												
* 決	定		年	支給	月□	日 不支給	* }	通知			年			月			目

- 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。

日

手	酒店	•	台口	•	ŒI

医療機関が記入

※医療機関が基金に請求する場合の記入方法 (被災職員が医療機関に療養費を支払っていない状態)

認定通知に記載されている認定番号

通算の療養補償請求回数及び何月分の請求であるかを記入してください(回数の数え方は受診した医療機関ごとの通算です。)

療養補償請求書		認 定 番 号 00-00000										
源食佣貝明 不肯		請求回	回 数	第	回(令和	〇 年	○○月分)					
地方公務員災害補償基金	請求年月日	令	和〇〇	年	00	月	OO B					
愛媛県 支部長 殿	請求者の住所	所○○市○○町○○番地										
下記の療養補償を請求します。	フリガナ	エヒメ タロウ										
	氏 名	受媛 太郎										
1 この請求書による療養補償の費用の受領を		00病	院 00	00		に委	任します。					
委任者の氏名		₫.	愛媛 太月	郎								
交補 上記委任に基づき、この請求書による療養 領償	補償の費用の支払	を請求します										
委費 医療機関等の名詞		局を記入してく		○○病院								
任用 受任者の 所 在		当時と異なって 、()書きで		〒○○町○○	番地							
氏名(代表者名)	被災当時の所 てください。	属部局を併記し		00 00								
2		- 11 18 1			エヒメ タロウ)	$\overline{}$					
所属団体名 〇〇市	✓	フリガナ										
関被 ○○局 ○○謝	1	氏 名			愛媛 太臣	耶						
す災 所属部局名			нос) #: OC		п# (((() () (() () () () () () () ()					
事員	, ,	# /F > 1 - # o - d)月 ()()	日生 (〇〇 成)					
項に 職 名 作業員		負傷又は発症	5の年月1									
	令第1条職員			令和○	年 ()(〇 月	OO B					
3 彦 療 費 内訳は「*10 診療費請求						000	-					
利 費 内訳は「*11 調剤費請求」	明細」欄記載のと	おり					户					
ロ 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					
5 看 護 料 年 月	目から	日間	看護	襲師の資格		.±n.≠-	円					
年 月	日まで			有 口 無)訳も :ず記 入						
口 交通費				片道	□							
6 移 送 費 から	まで	km		往復			円					
ロ その他の移送費												
7 上記以外の療養費 診断書料(令和○年○月○日系 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	Ě行分) 円 8	療養補償 (3~70				00	0000円					
9 □ 公金受取口座を利用する(※本人請求の場合に	け口成の選択ができ	***	ア 注音	東頂及が必識	た ゲー 蒔く	がさい	1					
個人番号	は日産の医状が (E & 7 . II E	(、正面	事項及び必認	THE PLAN	7.64.	′					
		木 古 亡 竺 5		00##								
希		本支店等名										
望 口座種別	√ U = r	口座番号		1234567								
座 口座名義人 法人機関又は役職の名称(フ) 年夕(フルガナ)		法人 〇〇症					/					
以有 (フラルブ)												
口その他												
*受理 所属部局 年 日 日	任	命権者		Ħ	基金	金支币	部					

〔注意事項〕

* 決定金額

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。

円 * 通

- 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。

月

日

* 支

- 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。

※医療機関に記入してもらってください。

(レセプトを添付する場合はこちらを省略できます。)

*10	診療費請求明細	(暗	2 号 紙
傷	アののの	診	診
		療開	7 13 1 HO T Z / 1 O H
病	1	始	力会和 在 月 月
初	診 時間外・休日・深夜 回 270 点	日	診療実日数 4 日
	再 診 69 × 3 回 207 外来診療料 52 × 3 回 156	傷	
再	継続管理加算 × 回	病の	
'	外来管理加算 × 回 時間 外 × 回	経	
診	休日×回	過	
110 14		- In-t	
指導	[10	転帰	令和 3 年 2 月 29 日 治 ゆ 継 続 転 医 中 止 死 亡
在	夜 間 回		摘要
	深夜・緊急 住宅患者訪問診察 回		JIM A
宅	その他	(12)	再診料 69×3
1	r 薬剤 2 単位 10	- `	外来管理加算 52×3
	内服	(13)) 薬剤情報提供料 10×1
	▼ 薬剤 単位 単位		
	調剤 ×回	(21)) レトラック錠60mg 2T ムコスタ錠100mg 2T 5×2
	外用		44// WE 100 mg 21 5 ~ 2
		(25)) 処方料(6種類以下) 42×1
	麻毒 調基 42	(40) 創傷処置(100cm未満) 45×3
注	皮下筋肉内 回		
-	静脈内回	(50) 創傷処置(長径10cm以上・筋肉、臓器に 達するもの) 2000×1
射	その他 3 回 135	-	キシロカイン注ポ リアンプ 1% 5mL 2A
処置			キシロカイン注末。リアンフ。1% 10ml 1A 23×1 (2月3日)
手麻	薬剤 回	-	(2/10/1)
術	1 回 2000	(80) 処方せん料 (その他) 68×2
• 酔	薬 剤 回 23	 	
検査	型 薬 剤 回	11 -	重複診療は療養補償の対象外。(公務災害/通勤災害と認定された傷病に
画診	1回 170		かかる治療費は、共済組合・健康保険組合の対象外となります。 このだめ、重複診療を受けていた場合、基金療養補償の対象外部分は、全額 ()
像断	薬剤回		割)自己負担となります。)
その	処方せん 2回 136 その他		「転帰」の欄が「治ゆ」もしくは「中止」となっている場合は、
他	薬剤		治ゆ報告書を提出してください。 明細に認定傷病以外の診療費が含まれる場合は、認定傷病のみの治療管
	入院年月日 令和 年 月 日 病・診・衣 入院基本料・加算		^{内細に設定場例以外の診療質が含まれる場合は、設定場例のかり治療す に絞った明細を作成するよう医療機関にお願いしてください。}
入	X 日間		
	X 日間 X 日間	*;	消費税分は補償の対象外となります。請求額に含めないでください。
17,-1-	× 日間	*:	(地方公務員災害補償法第 65 条、消費税法第 6 条) 診断書について、 認定の際に地方公務員災害補償基金愛媛県支部へ原る
院	× 日間		是出した場合に限り補償対象となります。
	特定入院料・その他	事	日間
		1	▲ A× 日間
診	療報酬点数表により計算できるもの		「6数 1 点単価 × OO
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 診断書料 1通 OOOO 円
	療費請求合計額		00000 円
	記の事項は事実と相違ないことを証明し 補償の費用の受領を委任する場合は不要		(この欄の記入は、診療に当たった医療機関に
小八尺	令和 年 月 日 「所	在	地
	診療機関の 4 名	師の	称

薬局分

(様式第6号+3号紙)

※薬局に記入してもらってください。 (レセプトを添付する場合はこちらを省略できます。)

〔様式第6号療養補償請求書〕

月0岁:	療養補償請	水膏」	J												3 号	和工			
*1	1 調剤費	請才							(職員		(名)	愛媛	太郎					
処	方せんを	交	名 称	`		0	0	病	院										
何関(した診療 [†] ひ	幾	所在地	I	0	0	市	0 0	田 丁	0	0	番 地							
Ī	担当医氏의	名	$\begin{array}{c} 1 \ . \\ 2 \ . \end{array}$	松	油	_	郎						3. 4.						
誹	引 削 期 「	間	令和	3年2	月3	日カ	136	2月29	1日ま	こで	27 ⊨	間							
医師					,	処					方		- 調剤	調剤	報酬.	点 数			
医師番号	処方月日	調剤	割月日	医薬	品名	・規	格・)	用量・	剤型	・用治	Ė.	単 位 薬剤料	数量	調剤料	薬剤料	加算料			
0	2 • 3	2	• 3	0	0	0	0					O 点	0	0 /	点О点	O 点			
0	2 • 29	2	· 29	0	0	0	0					0	0	0	0	0			
	•		•																
	•		•																
	•		•																
	•		•																
	•		•																
	•		•																
	•		•																
	•		•																
	•		•																
	•		•																
	•		•																
	•		•																
	•		•																
	•		•																
	•		•																
	•		•																
	•		•																
	•		•																
処	方せんラ	乏付	回数		0	口	摘要												
調	削基本料	(点))	 <i>b</i> l. † n	笞刍	色 (r		力	手導	SL (占)			·計点数	<i>∀</i> 0	0 点			
., .,	,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	00	,	171711	// ¬	+ (n	···/	1 31	1 - 子 /	17 ()	<u> </u>								
<u> </u>	合計金額 0,000 円 合計金額 0,000 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、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。)																		
	和年																		
		•	•			1 0		所	在	‡	也								
				į	楽局	J (/)	1	所 名 薬剤	師の	す によ	 不								
							Ĺ	木川	Hıh √⊃	111	_								

1 号紙

※被災職員が基金に請求する場合の記入方法 (医療機関に診療費や薬剤費を支払っている状態) 医療機関の証明と領収書原本が必要となります。

手順CD 記入例

067 11	/3								-										2 .5 //2.
			認 定 番 号																
			養補價			mate to a co		請	求			第	0			和 〇 年			
地方公務	务員災害補		: IE	+		請求年月	月日			令杠	100		年	OC)	月	00)	日
		愛媛	: 乐	文	可	請求者の	住所	所 ○○市○○町○○番地											
下訂	己の療養補	償を請	求します。			フリガ		工比人 夕中ウ											
						氏	4	名 愛媛 太郎											
1	この請求	書によ	る療養補償														工委任 し	します	0
受補					E者の氏名														
領償	上記委	任に基	づき、こ <i>σ</i>			養補償の費用)支持	払を請	求し	ょっ	ナ。								
委費 任用				医療	機関等の名 在	称													
の		受																	
			l	氏名	(代表者名	1)		1											
2	所属団体	4名			〇〇市			フ	リガ	ナ				I	エヒメ	タロウ			
BB 4-6-										→ 氏 名 愛媛 太郎									
関被 す災	所属部局																		
る職 事員	72170 4 1417)				нС	0	年 〇	〇月	OC	日生	(00)	歳)					
項に	□ 常 勤 負傷又は発病の年月日 職 名 作業員																		
	1924					令第1条職	溳						令和()年	C) () 月) (00	日
3	診療	費	内訳は「	*10	診療費請求	き明細」 欄記載	もの の	とおり								OC	00		円
4	調剤	費	内訳は「	*11	調剤費請求	対明細」 欄記載	戈の 。	とおり											円
			口 訪問]看護	内訳は「*	*12 訪問看護	養事)	業者の	証明]	闌記載	えのと	:おり						円
5	看 護	料		年	月	目から		看護師の資格 日間										円	
				年	月	目まで			H 1H1			有	□無	: J					1 1
			□ 交通	費								片道		口					
6	移 送	費			から	ま	で			km		往復		П					円
			ロその	他の移	多送費														
7 上	:記以外の (3~6じ		診断書料	(令和○	年〇月〇日列	発行分) 〇〇〇 円	8				求金 合計額						000	00	円
9 🗆	公金受取	口座を利		 ※本人	請求の場合	は口座が選択	がで	きまさ	r. <i>f</i>	并计	τ. i	主意	事項及で	『心読	をご	一読く	ニー	.)	
	個 人							<u> </u>	Ť						Ī	<u> </u>		Ť	
送 🗵	任意の口		定する		ı	<u> </u>		I							1			1	
金	金融機関		~ / S ○○銀行	Ē				本支	店等	等名		00	支店						
希 望			望 普通		□ 当座	<u> </u>	•						3) 12345	67					•
口座	口座名義人 法人機関又は役職の名称(フリガナ)								太										
等			氏名 (フリ					发炦		.戌)									

* 受 理	所	属 部 局			任 命	権者			基金支部					
(到達した年月日)	年	月	田		年	月		日	年	月		П		
* 決定金	額	円	* 通	知	年	月	目	* 支	払	年	月	П		

[注意事項]

□ その他

- 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。
- 「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。
- 「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。

※医療機関に記入してもらってください。「診療明細書」ではなく、「診療報酬明細書」の添付が必要です。 (レセプトを添付する場合はこちらを省略できます。)

面診像断薬剤 回 170 回 2回 136 2回 1	*10	診療費請求明細			2 芳 祇 遺氏名) 愛媛 太郎
病 イ	傷	P 0 0 0 0			ア令和3年2月3日 診 令和3年2月3日から
初 1	病	1		開	イ令和 年月日 期 令和3年2月29日まで
下 下 下 下 下 下 下 下 下 下	∕ лп =	□ □ 270	F:		
	19J i			冶	
分末管理加算	-	外来診療料 52 × 3 回 15 継続管理加管 × 回		病	
古	冉	外来管理加算 × 回			
指導	診	休 日 × 回			
在 住在 診 日 日 日 日 日 日 日 日 日					
日			.0	転帰	
 (12) 再診料 69×3 52×3 内限 薬剤 9×1 回 9	在	夜 間 回			
1		住宅患者訪問診察 回			
1	宅	そ の 他 薬 剤 回		(12)	
中国	1	r 薬剤 2 単位 1	0		外来管理加算 52×3
本服		9 × 1 回	9	(13)	薬剤情報提供料 10×1
単位		屯服 1		(21)	レトラック錠60mg 2T
大田 10 170 10 170 10 170 10 1		│ 薬剤 単位		(<i>i</i>	
Part		l 調剤 × 回		(25))
注 皮下筋肉内 静脈内 对 その他 回回 回回 (50) 創傷処置(長径10cm以上・筋肉、臓器に達するもの) 2000×1 料のか/注末*リアンプ*1% 5mL 2A 料のか/注末*リアンプ*1% 10ml 1A 23×1 (2月3日) 手麻 術 ・酔 薬剤 1回 2000 極断 薬剤 (80) 処方せん料(その他) 68×2 ※重複診療は療養補償の対象外。(公務災害/通動災害と認定された傷力がある治療費は、共済組合・健康保験組合の対象外をなります。このめ、重複診療を受けていた場合、基金療養補償の対象外がおけ、全額割)自己負担となります。) ※「転帰」の欄が「治ゆ」もしくは「中止」となっている場合は、治ゆ報告書を提出してください。 ※明細に認定傷病以外の診療費が含まれる場合は、認定傷病のみの治に絞った明細を作成するよう医療機関にお願いしてください。 ※明細に認定傷病以外の診療費が含まれる場合は、認定傷病のみの治に絞った明細を作成するよう医療機関にお願いしてください。 ※明細に記定傷病以外の診療費が含まれる場合は、認定傷病のみの治に絞った明細を作成するよう医療機関にお願いしてください。 ※消費税分は補償の対象外となります。請求額に含めないでください (地方公務員災害補償法第65条、消費税法第6条) ※消費税法第6条) ※診断書について、認定の際に地方公務員災害補償基金愛媛県支部へ		麻毒		(40)	
計画)/ -		2	(40)) 剧场处直(100cm木油) 45×3
対のかと注ボリアンプ・1% 5mL 2A		静脈内回		(50)	
正 下手麻 1 回 2000 23 23 24 25 25 25 25 25 25 25			_		キシロカイン注 ポリアンプ1% 5mL 2A
下部 下部 下部 下部 下部 下部 下部 下			5		
下・	手麻		0	()	
検	術 ・酔			(80)) 処方せん料(その他) 68×2
査 薬 剤 回 画診像断薬剤 1回 170 その機態所薬剤 2回 136 その他應薬剤 2回 136 人院年月日 令和 年 月 日病・診・衣 入院基本料・加算 人院基本料・加算 人間 ※ 日間 ※ 日間 ※ 日間 ※ 別費税分は補償の対象外となります。請求額に含めないでください。 ※消費税分は補償の対象外となります。請求額に含めないでください。 ※ 消費税分は補償の対象外となります。請求額に含めないでください。 ※ 消費税分は補償の対象外となります。請求額に含めないでください。 ※ 診断書について、認定の際に地方公務員災害補償基金愛媛県支部へ			3	- W	新複彩度は広義補償の対象队(<u>/ / / / / / / / / / / / / / / / / / / </u>
東 剤 回 136 2回 2回 136 2回 2回 2回 2回 2回 2回 2回 2	查				かかる治療費は、共済組合・健康保険組合の対象外となります。この
 その他を変える をの他を変える をの他を変える 大院年月日 令和 年 月 日	画診像断		0		め、重複診療を受けていた場合、基金療養補償の対象外部分は、全額(
他 薬 剤	そ	処方せん 2回 1:	36		
入院年月日 令和 年 月 日					
	-,-	入院年月日 令和 年 月 日			
※ 日間 (地方公務員災害補償法第 65 条、消費税法第 6条) ※診断書について、認定の際に地方公務員災害補償基金愛媛県支部へ	入				こ秋った明袖を作成するよう医療機関にお願いしてください。
※診断書について、認定の際に地方公務員災害補償基金愛媛県支部へ				7	
	ps. L.				
と	院	X日間			が記されている。 記述した場合に限り補償対象となります。
特定入院料・その他 事 円 日間		特定入院料・その他		事	
【		to an angle of a Mer.		•	
TA Nor Table 1 The period of the first					크레이 크 17년 본 에이 가는 바로 본론
診断書料 1通				1少四	診断書料 1通
診療費請求合計額			しま	きす。	
療養補償の費用の受領を委任する場合は不要です。) 令和 年 月 日 「所 在 地	療養	補償の費用の受領を委任する場合は不	要で	です。	
った			名		♦

本人負担分を請求(本人が受領)する場合は、医療機関の 証明が必要となりますので、診療に当たった医師に記入し てもらってください。

薬局分

(様式第6号+3号紙)

※薬局に記入してもらってください。

(記入する代わりにレセプトを添付することができますが、その場合でも薬剤師の証明は必要となります。)

〔様式第6号療養補償請求書〕

3 号紙

50.2	凉食附良明	ハーノ													0 7	7124
* 1	1 調剤費	計才	対明細						(職員	氏名)	愛媛	太郎	,		
処	方せんを	交	名 称	;		0	0	病	院							
関(した診療 D	幾	所在地	ī	0	0	市(0 0	町	0 0)番地					
;	担当医氏의	名	1. 2.	朼	公山	_	郎					3.4				
	引 削 期 「	間	令和	13年2	2月3	日カ	362	2月29	日ま	で27	日間			İ	調剤実日	数 2日
医師						処				方		— 調剤	調	剤	報酬	点数
医師番号	処方月日	調剤	割月日	医薬	薬品名	・規	.格・月	月量・済		·用法	単 位 薬剤料	数量	調育	料	薬剤料	加算料
0	2 • 3	2	• 3	0	0	0	0				O 点	0	0	点	O 点	O 点
0	2 • 29	2	- 29	0	0	0	0				0	0	0		0	0
	•		•													
	•		•													
	•		•										4			
	•		•										-			
	•		•										-			
	•		•										-			
	•		•										-			
	•		•										-			
	•		•										-			
	•		•										1			
	•		•													
	•		•													
	•		•													
	•		•													
	•		•													
	•		•													
	•		•					1								
処	方せんst	受付	回数		0	口	摘要									
調	剤基本料	(点)		外加	算等	<u>ب</u> (ا	点)	指	導) (点)		合計点	点数	(00 点
		00											合計金		0, 00	00 円
	上記の	車 項	け事	主レ	相違	: 72	1/1 >	・レメ	ショエ	田 1.	ます。	$(- \sigma)$	欄の	記 :	入/ 語	剤に

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。)

令和 年 月 日

薬局の所 在 地名名薬剤師の氏名