様式第42号

　外科後処置

福祉事業　アフターケア　　申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　１号紙

|  |  |
| --- | --- |
|   | □新規　□継続（　　回目） |
|  認定番号 |  |
|  | 地方公務員災害補償基金千葉県支部長　様　　　　 　外科後処置　下記の福祉事業　アフターケア　を受けたいので申請します。 | 申請年月日　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 申請者の住所　 　　　　 　　　　  　ふりがな氏　　　　名 　 　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日生（　　歳） |
| 　関する事項１被災職員に | 所属団体名 | 所属部局名　　　　　（電話番号　　　　　） |
| 負傷又は発病の年月日 年　　月　　日 | 治ゆ年月日　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 傷病名及び障害の部位 | 障害等級　　第　　　　　　　 級 |
| ２　外科後処置等を必要とする理由　別添「診断書」のとおり |
| ３ 費用の受領委任 | この申請書による外科後処置等の費用の受領を　　　　　　　　　　　　　に委任します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　委任者の氏名 　　　　　 　 |
| 上記委任に基づき、この申請書による外科後処置等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）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| ４　診　　 療　 　費 | 内訳は「＊13　医師の証明」欄記載のとおり | 円 |
| ５　調 剤 費 | 内訳は「＊14　薬剤師の証明」欄記載のとおり |  　　　　　　円 |
| ６　看 護 料 | * 訪問看護　内訳は「＊15　訪問看護事業者の証明」

欄記載のとおり | 　　　　　円 |
| 　　年　　月　　日から 看護師の資格 　　　日間 年　　月　　日まで □有　□無 |  円 |
| ７　移 送 費 | □　交通費 □片道　　から　　まで　　キロメートル□往復 　　　回 |  　　　　　　円 |
| □　その他の移送費 |
| ８　上記以外の診療費 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| ９　日　　　　　　当（外科後処置に限る） | 　　　　　　　　　年　　月　　日から 年　　月　　日まで 　　　日間 | 円 |
| 10　申請金額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 11　外科後処置等を受け　　ようとする医療機関 | 所在地名　称 |
|  12送の金場希合望 | 振　込　み | 振込先金融機関名　　　　　　　　　　　　　　　　銀行　　　　支店 | 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。） |
| 口座番号 |
| □　普通預金　　□　当座預金 | （フリガナ）氏　　　　名 |
| 送金小切手 | 　　　　　　　　銀行　　　　支店 |
| そ　の　他 |  |
| ＊　所属部局の受付　　　　　　年　　月　　日 | ＊　任命権者の受付 年　　月　　日 | ＊　基金支部の受理 年　　月　　日 |
| ＊　通知　　年　　月　　日　　　　□支　給　□不支給 | ＊　決定金額 　　　　　　　円 | ＊　支　払 年　　月　　日 |

〔注意事項〕

１　申請者は、＊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　新たに外科後処置等の福祉事業を受けようとする場合は、当該福祉事業の実施を認める旨の医師等の証明書を添付すること。

３　「３　費用の受領委任」の欄は、診療に当たった医療機関等、調剤に当たった薬剤師若しくは薬局又は訪問看護のみを行った訪問看護事業者に費用の受領を委任しようとする場合のみ記入すること。

４　「６　看護料」及び「７　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　「８　上記以外の診療費」の欄には、入院料に食事代を含まない場合の食事料及び「４　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。

６　「＊13　医師の証明」の欄の記入に代えて同様事項を記載した医師等の証明書を添付してもよいこと。

７　「＊14　薬剤師の証明」の欄の記入に代えて同様事項を記載した薬剤師の証明書を添付してもよいこと。

８　「＊15　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訪問看護事業者の証明書を添付してもよいこと。

９　年月日の記載には元号を用いる。

２号紙

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **＊13　医師の証明** | （職員氏名） |   |
| 診療時の症状 |  |
| 診 療 期 間 |  　年 　月 　日から 　年 　月 　日まで　 日間　診療実日数 　　日 |
| 診療費の内訳 | 金額(円) |
| 初　診 |  |  |
| 再　診 |  |  |
| 在　宅 |  |  |
| 投　薬 | 内　 　服屯　　 服外　　 用調　　 剤処　　 方麻　　 毒調　　 基 |  |  |
| 注　射 | 皮下筋肉内静　脈　内そ　の　他 |  |  |
| 処　置 |  |  |
| 手術・麻　酔 |  |  |
| 検　査 |  |  |
| 画　像診　断 |  |  |
| その他 |  |  |
| 入　院 | 入院期間 |  年 　月 　日から 　年 　月 　日まで 日間 |  |
| 病・診・衣 |  入院基本料・加算 |  |
| 特定入院料・その他 |
| 食事 | 基準 |  |
| 療費の合計　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　円 |
| 　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 診療機関の 名　　　称 医師の氏名　　　　　　　　　　　 |