

地方公務員災害補償

診療費請求書

（ 年 月分・第 回請求分）

月をまたいで受診する場合は、
月ごとに作成し医療機関に提出
してください。

地方公務員災害補償基金千葉県支部長 様

下記の診療費を請求します。

年 月 日

郵便番号

所在地

医療機関の 名称

氏 名

電 話

既に公務上又は通勤該当の災害として認定を受けている場合は、認定通知書に記載されている認定番号を記入してください。

まだ認定番号が通知されていない場合は、空欄のまま提出いただいて構いません。

千 百 十 円

（請求金額の内訳は裏面のとおり）

※認定番号

〇〇—〇〇〇〇〇〇

ふりがな

〇〇 〇〇

※所属団体部局

地方公共団体名（任命権者ごと）

※氏 名

〇〇 〇〇

送金先	振込先銀行	銀行			支店
	預金種目	☐ 普通	☐ 当座	口座番号	
	振込口座	住所			
		ふりがな			
		預金名義			

（預金名義は、省略せずに通帳の記載どおりに記入してください。）

注1 医療機関の方へ……

(1) この請求書は、医療機関との契約（協定）に基づき、公務上又は通勤により負傷又は疾病にかかった地方公務員が診療を受ける際使用するもので、診療に要した費用は、地方公務員災害補償基金千葉県支部から口座振替の方法により直接支払いますので、本人には請求しないでください。

(2) この請求書は、被災職員別に作成し、月ごとに翌月の10日までに、

〒260-0013 千葉市中央区中央4-13-23 千葉県企業局庁舎8階 地方公務員災害補償基金
千葉県支部に提出してください。

(3) 診療費は協定料金により支払います。

(4) 請求に当たり疑義がある場合は、地方公務員災害補償基金千葉県支部（TEL043-307-1827）にお問い合わせください。

注2 被災職員（所属事務担当者）の方へ……

(1) この請求書は、地方公務員災害補償基金千葉県支部の指定医療機関で受診する場合にのみ使用してください。

(2) この請求書は、初診日及び療養を継続している場合には毎月20日頃までに、指定医療機関に必ず提出してください。

(3) ※印欄は、被災職員（または所属事務担当者）が必ず記入してください。

決定金額	円
通 知	年 月 日
支 払	年 月 日

受付印

本人及び所属で記入

※所属事務担当者

係 名

〇〇係

氏 名

〇〇 〇〇

電 話

〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

所属の公務災害事務担当者名を記載してください。

診療費請求明細										(床)																
傷病名		ア イ ウ				診療開始日		ア イ ウ		年 年 年		月 月 月		日 日 日												
傷病の経過						診療期間				年 年		月 月		日から 日まで												
診療内容						点数		金額																		
診療料	11 初診	初診				点		円		診療実日数	日	診療日	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 31 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 31 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31													
		特別加算 時間外 休日 深夜																								
		救急医療管理加算																								
	12 再診	再診											止	転医	継続											
		再診加算																								
		外来診療料																								
	料	時間外																								
		休日																								
		深夜																								
		明細書発行 体制等加算 再診時療養 指導管理料																								
13	医学管理																									
20 投薬料	内服 {薬剤調処}				×		単位 回																			
	屯服 {薬剤調処}				×		単位 回																			
	外用 {薬剤調処}				×		単位 回																			
30 注射	皮下筋肉内				回																					
	静脈内				回																					
	その他				回																					
40 処置	処置				回																					
	処理				回																					
50 手術	薬剤																									
					回																					
60 検査					回																					
					回																					
70 画像					回																					
					回																					
80 他	処方せん																									
	その他																									
90 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																							
特定入院料・その他																										
食事	円× 日間																									
	円× 日間																									
	円× 日間																									
	円× 日間																									
小計						(1)		(2)																		
1点単価 ((3) 円)						(1) × (3) = (4)																				
計 (2) + (4)						(5)		円																		
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 明細は文書料・入院室料差額等証明書の通り]						(6)		円																		
診療費請求合計額 (5) + (6)								円																		

【診療費請求明細は医療機関が記載してください】

※ 被災職員は、1枚目の被災職員及び所属が記載する欄をすべて記入の上、診療費請求明細と併せて受診医療機関に持参してください。

※ 医療機関においては、本様式の記載に代えて、電子レセプトを紙出力したものを添付して頂いても構いません。

(注) 文書料・室料差額証明書(支部様式第12号)を添付してください。