

療養補償請求書

		認定番号	
		請求回数	第 回
地方公務員災害補償基金千葉県支部長 様		請求年月日	年 月 日
下記の療養補償を請求します。		請求者の住所
		ふりがな
		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		
	上記委任に基づき、この請求書による療養補償の費用の支払を請求します。 受任者の住所		
		名 称	
		氏 名	
2 被災職員に関する事項	所属団体名		所属部局名
	氏 名		職 名 <input type="checkbox"/> 常 勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員
	年 月 日生（ 歳）		負傷又は発病の年月日 年 月 日
3 施術料	内訳は「5 施術料の内訳」欄記載のとおり		円
4 送金先	振込先銀行	銀行 支店	※受 理 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金		※決定金額 円
	口座番号		※通 知 年 月 日
	ふりがな	※支 払 年 月 日
	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 柔道整復師の方へ……

- (1) この請求書は、千葉県柔道整復師会との協定に基づき、公務上又は通勤により負傷し、又は疾病にかかった地方公務員が 施術を受ける際使用するもので、施術に要した費用は、受領委任の方法により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、〒260-0843 千葉市中央区末広3-21-6 千葉県柔道整復師会に提出してください。
- (3) 施術料金は協定料金により支払います。

注2 被災職員の方へ……

- (1) この請求書は、千葉県柔道整復師会に所属する柔道整復師で施術を受ける場合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日ごろまでに、柔道整復師に必ず提出してください。

5. 施術料の内訳 (年 月分)

負傷名		(1)				(2)				(3)					
負傷年月日		(1) 年 月 日				(2) 年 月 日				(3) 年 月 日					
施術期間 { 自至		(1) 年 月 日		施術日数		(2) 年 月 日		施術日数		(3) 年 月 日		施術日数			
		(1) 年 月 日		(日)		(2) 年 月 日		(日)		(3) 年 月 日		(日)			
負傷の原因															
負傷の経過		(1)				(2)				(3)					
転 帰		(1) 治ゆ・中止・転医・継続				(2) 治ゆ・中止・転医・継続				(3) 治ゆ・中止・転医・継続					
施 術 の 内 訳 及 び 金 額	初 検 料	基本初検料				万	千	百	十	円	施術を行った期間				備 考
		加算	時間外・休日・深夜								年 月 日	時	頃		
	再 検 料										月 日				
	指 導 管 理 料										月 日	・	月 日		
	往 療 料	km	回								月 日	から			
		夜間・難路・暴風雨雪・				回					月 日	まで			
		回	1回の料金			/				/					
	整 復 料	(1)	回								月 日				
		(2)	回								月 日				
		(3)	回								月 日				
	後 療 料	(1)	回								月 日	から	月 日	まで	
		(2)	回								月 日	から	月 日	まで	
		(3)	回								月 日	から	月 日	まで	
	電 療 料	(1)	回								月 日	から	月 日	まで	
		(2)	回								月 日	から	月 日	まで	
		(3)	回								月 日	から	月 日	まで	
	電 療 料	(1)	回								月 日	から	月 日	まで	
		(2)	回								月 日	から	月 日	まで	
		(3)	回								月 日	から	月 日	まで	
	特 別 加 算	初 検 時	(1)	回							月 日				
(2)			回							月 日					
(3)			回							月 日					
後 療 時	(1)	回								月 日	から	月 日	まで		
	(2)	回								月 日	から	月 日	まで		
	(3)	回								月 日	から	月 日	まで		
入 室 料	日								月 日	から	月 日	まで			
食 事 料	食								月 日	から	月 日	まで			
証 明 書 料															
そ の 他															
請 求 金 額															

- 注 1. 該当するところには○印で表示してください。
 2. 負傷の経過はなるべく具体的に記入してください。
 3. レントゲン診断が行われた場合はX線照射録を添付してください。