

被災職員が費用を負担し、被災職員本人から基金に請求する場合

|                                      |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                      |              |                        |                     |         |      |
|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------------------------|---------------------|---------|------|
| 療養補償請求書                              |                                                                                                                                                                                        | 認 定 番 号                                                                                                              | 〇〇-〇〇〇〇〇〇    |                        |                     |         |      |
|                                      |                                                                                                                                                                                        | 請 求 回 数                                                                                                              | 第 回 ( 年 月 分) |                        |                     |         |      |
| 地方公務員災害補償基金<br>千葉県 支部長 殿             |                                                                                                                                                                                        | 請求年月日 〇 年 〇 月 〇 日                                                                                                    |              |                        |                     |         |      |
| 下記の療養補償<br>被災職員において、<br>赤字個所を記載願います。 |                                                                                                                                                                                        | 請求者の住所 〇〇市〇〇〇 1-2-3                                                                                                  |              |                        |                     |         |      |
|                                      |                                                                                                                                                                                        | フリガナ<br>氏 名 〇〇 〇〇                                                                                                    |              |                        |                     |         |      |
| 1                                    | 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。                                                                                                                                                      |                                                                                                                      |              |                        |                     |         |      |
| 受補償費用の<br>委任の<br>受任者の                | 上記委任に基づき、この請求書                                                                                                                                                                         |                                                                                                                      |              |                        |                     |         |      |
|                                      | 医療 所 氏名 (代表者名)                                                                                                                                                                         |                                                                                                                      |              |                        |                     |         |      |
| 2<br>関係する職<br>事員に                    | 所属団体名 地方公共団体名 (任命権者ごと)                                                                                                                                                                 |                                                                                                                      |              | フリガナ                   |                     |         |      |
|                                      | 所属部局名 部局課名・事業所名・学校名・警察署名<br>(電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 )                                                                                                                                       |                                                                                                                      |              | 氏 名 〇〇 〇〇              |                     |         |      |
|                                      | 職 名 〇〇 常 勤<br>令第 1 条職員                                                                                                                                                                 |                                                                                                                      |              | 負傷又は発病の年月日 〇 年 〇 月 〇 日 |                     |         |      |
| 3                                    | 診 療 費                                                                                                                                                                                  | 内訳は「*10 診療費請求明細」欄記載のとおり                                                                                              |              |                        |                     |         | 〇〇 円 |
| 4                                    | 調 剤 費                                                                                                                                                                                  | 内訳は「*11 調剤費請求明細」欄記載のとおり                                                                                              |              |                        |                     |         | 〇〇 円 |
| 5                                    | 看 護 料                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 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                                                             |              |                        |                     |         | 〇〇 円 |
|                                      |                                                                                                                                                                                        | 〇 年 〇 月 〇 日から 〇 年 〇 月 〇 日まで 日間 <input type="checkbox"/> 看護師の資格 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |              |                        |                     |         | 〇〇 円 |
| 6                                    | 移 送 費                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 交通費 〇 片道 〇 往復 〇 回<br>から まで km                                                               |              |                        |                     |         | 〇〇 円 |
|                                      |                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> その他の移送費                                                                                     |              |                        |                     |         |      |
| 7                                    | 上記以外の療養費 (3~6 以外)                                                                                                                                                                      | 〇〇 円                                                                                                                 |              | 8                      | 療養補償請求金額 (3~7 の合計額) | 〇〇 円    |      |
| 9<br>送金希望口座等                         | <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する                                                                                                                                                   |                                                                                                                      |              |                        |                     |         |      |
|                                      | 個 人 番 号                                                                                                                                                                                |                                                                                                                      |              |                        |                     |         |      |
|                                      | <input type="checkbox"/> 任意の口座を指定する                                                                                                                                                    |                                                                                                                      |              |                        |                     |         |      |
|                                      | 金融機関名 〇〇銀行 本支店等名 〇〇支店<br>口座種別 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 口座番号 1234567<br>口座名義人 法人機関又は役職の名称 (フリガナ) 氏名 (フリガナ) 〇〇 〇〇 (〇〇 〇〇)<br><input type="checkbox"/> その他 |                                                                                                                      |              |                        |                     |         |      |
| * 受 理                                |                                                                                                                                                                                        | 所 属 部 局                                                                                                              |              | 任 命 権 者                |                     | 基 金 支 部 |      |
| (到達した年月日)                            |                                                                                                                                                                                        | 年 月 日                                                                                                                |              | 年 月 日                  |                     | 年 月 日   |      |
| * 決 定 金 額                            |                                                                                                                                                                                        | 円                                                                                                                    | * 通 知        |                        | 年 月 日               | * 支 払   |      |
|                                      |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                      |              |                        | 年 月 日               |         |      |

[注意事項]

- 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。
- 「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。
- 「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。
- 「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。
- 「\*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。
- 「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。
- 年月日の記載には元号を用いる。

|                                                                                                                                                                                 |      |           |                                                                                                                                                                                                                                        |            |          |                |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------|----------------|-----|
| *11 調剤費請求明細                                                                                                                                                                     |      |           |                                                                                                                                                                                                                                        | (職員氏名)     |          |                |     |
| 処方せんを交付した診療機関の                                                                                                                                                                  |      | 名 称       |                                                                                                                                                                                                                                        |            |          |                |     |
|                                                                                                                                                                                 |      | 所 在 地     |                                                                                                                                                                                                                                        |            |          |                |     |
| 担 当 医 氏 名                                                                                                                                                                       |      | 1.        |                                                                                                                                                                                                                                        | 3.         |          |                |     |
|                                                                                                                                                                                 |      | 2.        |                                                                                                                                                                                                                                        | 4.         |          |                |     |
| 調 剤 期 間                                                                                                                                                                         |      | 年 月 日から   |                                                                                                                                                                                                                                        | 年 月 日まで    |          | 日間 調剤実日数 日     |     |
| 医師<br>番号                                                                                                                                                                        | 処方月日 | 調剤月日      | 処 方                                                                                                                                                                                                                                    |            | 調剤<br>数量 | 調 剤 報 酬 点 数    |     |
|                                                                                                                                                                                 |      |           | 医 薬 品 名 ・ 規 格 ・<br>用 量 ・ 剤 型 ・ 用 法                                                                                                                                                                                                     | 単 位<br>薬剤料 |          | 薬剤調整料<br>調剤管理料 | 薬剤料 |
|                                                                                                                                                                                 | .    | .         |                                                                                                                                                                                                                                        | 点          |          | 点              | 点   |
|                                                                                                                                                                                 | .    | .         |                                                                                                                                                                                                                                        |            |          |                |     |
|                                                                                                                                                                                 |      |           | <p style="text-align: center;"><b>【薬局記載欄】</b></p> <p>※ 被災職員は、1号紙を記入の上、受診薬局に記載を依頼してください。</p> <p>※ 薬局においては、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。</p> <p>ただし、本様式下部の証明欄は必ず記載願います。</p> <p>（*被災職員が費用精算時に領収書等と併せて受領する「明細書」とは異なります。）</p> |            |          |                |     |
|                                                                                                                                                                                 |      |           |                                                                                                                                                                                                                                        |            |          |                |     |
|                                                                                                                                                                                 |      |           |                                                                                                                                                                                                                                        |            |          |                |     |
|                                                                                                                                                                                 |      |           |                                                                                                                                                                                                                                        |            |          |                |     |
|                                                                                                                                                                                 |      |           |                                                                                                                                                                                                                                        |            |          |                |     |
|                                                                                                                                                                                 |      |           |                                                                                                                                                                                                                                        |            |          |                |     |
|                                                                                                                                                                                 |      |           |                                                                                                                                                                                                                                        |            |          |                |     |
|                                                                                                                                                                                 |      |           |                                                                                                                                                                                                                                        |            |          |                |     |
|                                                                                                                                                                                 |      |           |                                                                                                                                                                                                                                        |            |          |                |     |
|                                                                                                                                                                                 | .    | .         |                                                                                                                                                                                                                                        |            |          |                |     |
|                                                                                                                                                                                 | .    | .         |                                                                                                                                                                                                                                        |            |          |                |     |
|                                                                                                                                                                                 | .    | .         |                                                                                                                                                                                                                                        |            |          |                |     |
|                                                                                                                                                                                 | .    | .         |                                                                                                                                                                                                                                        |            |          |                |     |
|                                                                                                                                                                                 | .    | .         |                                                                                                                                                                                                                                        |            |          |                |     |
|                                                                                                                                                                                 | .    | .         |                                                                                                                                                                                                                                        |            |          |                |     |
|                                                                                                                                                                                 | .    | .         |                                                                                                                                                                                                                                        |            |          |                |     |
|                                                                                                                                                                                 | .    | .         |                                                                                                                                                                                                                                        |            |          |                |     |
| 処方せん受付回数                                                                                                                                                                        |      | 回         | 摘要                                                                                                                                                                                                                                     |            |          |                |     |
| 調剤基本料（点）                                                                                                                                                                        |      | 時間外加算等（点） |                                                                                                                                                                                                                                        | 指導料（点）     |          | 合計点数           |     |
|                                                                                                                                                                                 |      |           |                                                                                                                                                                                                                                        |            |          | 点              |     |
|                                                                                                                                                                                 |      |           |                                                                                                                                                                                                                                        |            |          | 合計金額           |     |
|                                                                                                                                                                                 |      |           |                                                                                                                                                                                                                                        |            |          | 円              |     |
| <p>上記の事項は事実と相違ないことを証明します。</p> <p>（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。）</p> <p>○ 年 ○ 月 ○ 日</p> <p>薬局の { 名 称 (医療機関の所在地)</p> <p>{ 所 在 地 (医療機関の名称)</p> <p>{ 薬剤師の氏名 ○○ ○○</p> |      |           |                                                                                                                                                                                                                                        |            |          |                |     |

様式第 6 号

被災職員が医療機関等に補償費用の受領を委任し、医療機関等から基金に請求する場合  
(受領委任による請求の場合)

1 号紙

|                                               |                                                                                                 |                     |                        |             |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------------------|-------------|
| 療養補償請求書                                       |                                                                                                 | 認 定 番 号             | 〇〇-〇〇〇〇〇〇              |             |
|                                               |                                                                                                 | 請 求 回 数             | 第 回 ( 年 月 分)           |             |
| 地方公務員災害補償基金                                   |                                                                                                 | 請求年月日 〇 年 〇 月 〇 日   |                        |             |
| 千葉県 支部長 殿                                     |                                                                                                 | 請求者の住所 〇〇市〇〇〇 1-2-3 |                        |             |
| 下記の療養補償                                       |                                                                                                 | フリガナ 氏 名 〇〇 〇〇      |                        |             |
| 1 受補償委任の                                      | この請求書による療養補償の費用の受領を (医療機関等の名称) に委任します。                                                          |                     |                        |             |
|                                               | 委任者の氏名 〇〇 〇〇                                                                                    |                     |                        |             |
|                                               | 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 { 医療機関等の名称 〇〇市〇〇3-4-5<br>所在地 (医療機関等の名称)<br>氏名 (代表者名) (医療機関等の代表者名)                          |                     |                        |             |
| 2 関被する職事員に                                    | 所属団体名 地方公共団体名 (任命権者ごと)                                                                          |                     | フリガナ                   |             |
|                                               | 所属部局名 部局課名・事業所名・学校名・警察署名 (電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 )                                                   |                     | 氏 名 〇〇 〇〇              |             |
|                                               | 職 名 〇〇 <input type="checkbox"/> 常 勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員                             |                     | 負傷又は発病の年月日 〇 年 〇 月 〇 日 |             |
| 3 診 療 費                                       | 内訳は「*10 診療費請求明細」欄記載のとおり                                                                         |                     | 〇〇 円                   |             |
| 4 調 剤 費                                       | 内訳は「*11 調剤費請求明細」欄記載のとおり                                                                         |                     | 〇〇 円                   |             |
| 5 看 護 料                                       | <input type="checkbox"/> 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                                        |                     | 〇〇 円                   |             |
|                                               | 〇 年 〇 月 〇 日から 〇 年 〇 月 〇 日まで 日間 { 看護師の資格 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 } |                     | 〇〇 円                   |             |
| 6 移 送 費                                       | <input type="checkbox"/> 交通費 〇 片道 〇 回 〇 から 〇 まで km <input type="checkbox"/> 往復                  |                     | 〇〇 円                   |             |
|                                               | <input type="checkbox"/> その他の移送費                                                                |                     |                        |             |
| 7 上記以外の療養費 (3~6以外)                            | 〇〇 円                                                                                            |                     | 8 療養補償請求金額 (3~7の合計額)   | 〇〇 円        |
| 9 送金希望口座等                                     | <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する                                                            |                     |                        |             |
|                                               | 個 人 番 号                                                                                         |                     |                        |             |
|                                               | <input type="checkbox"/> 任意の口座を指定する                                                             |                     |                        |             |
|                                               | 金融機関名 〇〇銀行 本支店等名 〇〇支店                                                                           |                     |                        |             |
|                                               | 口座種別 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 口座番号 1234567                       |                     |                        |             |
| 口座名義人 法人機関又は役職の名称 (フリガナ) (振込口座の医療機関等及び代表者の名称) |                                                                                                 |                     |                        |             |
| 氏名 (フリガナ) (医療機関等の口座名義)                        |                                                                                                 |                     |                        |             |
| <input type="checkbox"/> その他                  |                                                                                                 |                     |                        |             |
| * 受 理                                         | 所 属 部 局                                                                                         |                     | 任 命 権 者                |             |
| (到達した年月日)                                     | 年 月 日                                                                                           |                     | 年 月 日                  |             |
| * 決 定 金 額                                     | 円                                                                                               | * 通 知               | 年 月 日                  | * 支 払 年 月 日 |

[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。
- 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。
- 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。

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |      |           |                                    |            |          |                |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----------|------------------------------------|------------|----------|----------------|-----|
| *11 調剤費請求明細                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |      |           |                                    | (職員氏名)     |          |                |     |
| 処方せんを交付した診療機関の                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |      | 名 称       |                                    |            |          |                |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |      | 所 在 地     |                                    |            |          |                |     |
| 担 当 医 氏 名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |      | 1.        |                                    | 3.         |          |                |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |      | 2.        |                                    | 4.         |          |                |     |
| 調 剤 期 間                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |      | 年 月 日から   |                                    | 年 月 日まで    |          | 日間 調剤実日数 日     |     |
| 医師<br>番号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 処方月日 | 調剤月日      | 処 方                                |            | 調剤<br>数量 | 調 剤 報 酬 点 数    |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |      |           | 医 薬 品 名 ・ 規 格 ・<br>用 量 ・ 剤 型 ・ 用 法 | 単 位<br>薬剤料 |          | 薬剤調整料<br>調剤管理料 | 薬剤料 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | .    | .         |                                    | 点          |          | 点              | 点   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | .    | .         |                                    |            |          |                |     |
| <b>【薬局記載欄】</b><br><br>※ 被災職員は、1号紙を記入の上、受診薬局に記載を依頼してください。<br><br>※ 薬局においては、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。<br>ただし、本様式下部の証明欄は必ず記載願います。<br>（*被災職員が費用精算時に領収書等と併せて受領する「明細書」とは異なります。）                                                                                                                                                                                                                                |      |           |                                    |            |          |                |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | .    | .         |                                    |            |          |                |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | .    | .         |                                    |            |          |                |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | .    | .         |                                    |            |          |                |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | .    | .         |                                    |            |          |                |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | .    | .         |                                    |            |          |                |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | .    | .         |                                    |            |          |                |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | .    | .         |                                    |            |          |                |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | .    | .         |                                    |            |          |                |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | .    | .         |                                    |            |          |                |     |
| 処方せん受付回数                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |      | 回         | 摘要                                 |            |          |                |     |
| 調剤基本料（点）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |      | 時間外加算等（点） |                                    | 指導料（点）     |          | 合計点数           |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |      |           |                                    |            |          | 点              |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |      |           |                                    |            |          | 合計金額           |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |      |           |                                    |            |          | 円              |     |
| 上記の事項は事実と相違ないことを証明します。<br><br>（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。）<br><br><div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 20px;">           ○ 年    ○ 月    ○ 日<br/><br/>           薬局の         </div> <div style="font-size: 3em; margin-right: 10px;">{</div> <div>           名 称    (医療機関の所在地)<br/>           所 在 地    (医療機関の名称)<br/>           薬剤師の氏名    ○○ ○○         </div> </div> |      |           |                                    |            |          |                |     |