

手順A 記入例

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

様式第5号		療養の給付請求書		認定番号	
地方公務員災害補償基金		請求年月日 令和5年4月1日			
愛媛県 支部長 殿		請求者の住所 ○○市○○町○○番地			
下記の指定医療機関等における療養の給付を請求します。		フリガナ 氏名 エヒメ タロウ 愛媛 太郎			
1 被災職員に関する事項	所属団体名 ○○市		フリガナ エヒメ タロウ		
	所属部局名 ○○部 ○○局 ○○課		氏名 愛媛 太郎		
	職名 係長 <input checked="" type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員		負傷又は発病の年月日 昭和41年8月1日生(45歳) 令和5年2月3日		
2 療養を受けようとする指定医療機関等	(新)	名称	○○市 ○○町 ○○番地		
		所在地	○○病院		
	(旧)	名称			
		所在地			
* 受理	基金支部				
(到達した年月日)	年 月 日				
* 決定	年 月 日		* 通知	年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 不支給				

- 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 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。
- 年月日の記載には元号を用いる。

手順B 記入例

※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	○○-○○○○○○	
地方公務員災害補償基金 愛媛県 支部長 殿			請求回数	第 ○ 回 (令和 ○ 年 ○ 月 分)	
請求年月日 令和○○ 年 ○○ 月 ○○ 日			請求者の住所 ○○市○○町○○番地		
フリガナ 氏名 愛媛 太郎			エビメ タロウ		
1	この請求書による療養補償の費用の受領を 委任者の氏名 愛媛 太郎		○○病院 ○○ ○○ に委任します。		
受領費用の 委任の	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。		現在の所属部局を記入してください。被災当時と異なっている場合には、( )書きで被災当時の所属部局を併記してください。		
受任者の { 医療機関等の名称 所在地 氏名 (代表者名) }			○○病院 ○○市○○町○○番地 ○○ ○○		
2	所属団体名	フリガナ	エビメ タロウ		
所属部局名 (電話番号 ○○○-○○○○)		氏名	愛媛 太郎		
職名 作業員 <input checked="" type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員		負傷又は発病の年月日	令和○年 ○○ 月 ○○ 日		
3	診療費	内訳は「*10 診療費請求明細」欄記載のとおり		○○○○ 円	
4	調剤費	内訳は「*11 調剤費請求明細」欄記載のとおり		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		円	
年 月 日から 日間		看護師の資格 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		円	
6	移送費	<input type="checkbox"/> 交通費 <input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復		円	
から まで km		<input type="checkbox"/> その他の移送費		円	
7	上記以外の療養費 (3~6以外)	診断書料(令和○年○月○日発行分) ○○○○ 円	8	療養補償請求金額 (3~7の合計額) ○○○○○ 円	
9	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する(※本人請求の場合には口座の選択ができます。併せて、注意事項及び必読をご一読ください。)				
個人番号					
<input checked="" type="checkbox"/> 任意の口座を指定する					
金融機関名 ○○銀行		本支店等名 ○○支店			
口座種別 <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		口座番号(7桁) 1234567			
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)		イリョウホウジン ○○ビョウイン 医療法人 ○○病院			
<input type="checkbox"/> その他					
* 受理 (到達した年月日)	所属部局 年 月 日		任命権者 年 月 日		基金支部 年 月 日
* 決定金額	円	* 通知	年 月 日	* 支払	年 月 日

医療機関が記入

被災職員が記入

内訳も必ず記入

- 〔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。
  - 「\*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。

※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。)

2号紙

*10 診療費請求明細				(職員氏名) 愛媛 太郎				
傷病	ア ○ ○ ○ ○	イ		診療開始日	令和3年2月3日 イ令和 年 月 日 ウ令和 年 月 日	診療期間	令和3年2月3日から 令和3年2月29日まで	
初診	時間外・休日・深夜		回 270 点	診療実日数	4 日			
再診	再 外 来 診 療 料	69 × 3 回	207	傷病の経過				
	継続管理加算	52 × 3 回	156					
	外来管理加算	×						
	時間外	×						
	休日・深夜	×						
指導			10	転帰	令和 3 年 2 月 29 日			
在宅	往夜診間 深夜・緊急患者訪問診察 住宅の他剤	回 回 回		治ゆ	継続	転医	中止	死亡
1	内服	薬剤 2 単位	10	摘要 (12) 再診料 69×3 外来管理加算 52×3 (13) 薬剤情報提供料 10×1 (21) イトラカ錠60mg 2T ムコスタ錠100mg 2T 5×2 (25) 処方料(6種類以下) 42×1 (40) 創傷処置(100cm未満) 45×3 (50) 創傷処置(長径10cm以上・筋肉、臓器に達するもの) 2000×1 キロカイ注ホ <sup>®</sup> リアソ <sup>®</sup> 1% 5mL 2A キロカイ注ホ <sup>®</sup> リアソ <sup>®</sup> 1% 10ml 1A 23×1 (2月3日) (80) 処方せん料(その他) 68×2				
	屯服	薬剤 9 × 1 単位	9					
外用	薬剤 × 1 単位							
処方 麻毒 調基	薬剤 × 1 単位		42					
注射	皮下筋肉内 静脈内 その他	回 回 回						
処置	薬剤	3 回	135					
手術・酔	薬剤	1 回	2000					
検査	薬剤	回						
画 像 断	薬剤	1 回	170					
その他	処方せん その他 薬剤	2 回	136					
入 院	入院年月日	令和 年 月 日		事	日 間	日 間		
	病・診・衣	入院基本料・加算 × 日間 × 日間 × 日間 × 日間						
特定入院料・その他								
診療報酬点数表により計算できるもの				合計点数	1 点単価			
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		
診療費請求合計額						00000 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、診療に当たった医療機関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 診療機関の { 所在地 { 名称 { 医師の氏名								

※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。このため、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(10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、認定傷病のみの治療費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)

※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本を提出した場合に限り補償対象となります。

**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。  
(レシー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]

3号紙

*11 調剤費請求明細				(職員氏名) <b>愛媛 太郎</b>				
処方せんを交付した診療機関の		名称	〇〇病院					
		所在地	〇〇市〇〇町〇〇番地					
担当医氏名		1. <b>松山 一郎</b>	3.		4.			
調剤期間		令和3年2月3日から2月29日まで27日間				調剤実日数 2日		
医師番号	処方月日	調剤月日	処方		調剤数量	調剤報酬点数		
			医薬品名・規格・用量・剤型・用法	単剤料		調剤料	薬剤料	加算料
〇	2・3	2・3	〇〇〇〇	〇点	〇	〇点	〇点	〇点
〇	2・29	2・29	〇〇〇〇	〇	〇	〇	〇	〇
・	・	・						
・	・	・						
・	・	・						
・	・	・						
・	・	・						
・	・	・						
・	・	・						
・	・	・						
・	・	・						
・	・	・						
・	・	・						
・	・	・						
・	・	・						
・	・	・						
・	・	・						
・	・	・						
処方せん受付回数		〇回	摘要					
調剤基本料(点)		時間外加算等(点)		指導料(点)		合計点数 00点		
00						合計金額 0,000円		
<p>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。)</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>薬局の { 所在地 名 称 薬剤師の氏名</p>								

※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

療養補償請求書

認定番号		〇〇-〇〇〇〇〇〇	
請求回数		第 〇 回 (令和 〇 年 〇〇 月 〇〇 日)	
地方公務員災害補償基金 愛媛県 支部長 殿		請求年月日 令和〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	
下記の療養補償を請求します。		請求者の住所 〇〇市〇〇町〇〇番地 フリガナ 北メ タロウ 氏 名 愛媛 太郎	
1 受補償費用の委任	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 { 医療機関等の名称 _____ 所在地 _____ 氏名 (代表者名) _____		
2 関被する職事員	所属団体名	〇〇市	フリガナ 北メ タロウ
	所属部局名 (電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇)	〇〇局 〇〇課	氏 名 愛媛 太郎
	職 名 作業員 <input checked="" type="checkbox"/> 常 勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員	負傷又は発病の年月日 令和〇 年 〇〇 月 〇〇 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		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		円
	年 月 日から 日間	看護師の資格 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	円
6 移 送 費	<input type="checkbox"/> 交通費 <input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復		円
	から まで km		
7 上記以外の療養費 (3~6以外)		診断書料(令和〇年〇月〇日発行分) 〇〇〇〇 円	8 療養補償請求金額 (3~7の合計額) 〇〇〇〇〇 円
9 送金希望口座等	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する (※本人請求の場合は口座が選択ができます。併せて、注意事項及び必読をご一読ください。)		
	個人番号		
	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号 (7桁)1234567	
	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)	北メ タロウ 愛媛 太郎	
	<input type="checkbox"/> その他		
* 受 理 (到達した年月日)	所 属 部 局 年 月 日	任 命 権 者 年 月 日	基 金 支 部 年 月 日
* 決 定 金 額 円	* 通 知 年 月 日	* 支 払 年 月 日	

被災職員が記入

被災職員が記入

被災職員が記入

[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。
- 「\*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。

※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。)

*10 診療費請求明細		(職員氏名) 愛媛 太郎			
傷病	ア ○ ○ ○ ○ イ	診療開始日	ア令和3年2月3日 イ令和 年 月 日 ウ令和 年 月 日	診療期間	令和3年2月3日から 令和3年2月29日まで
初診	時間外・休日・深夜	回	270	診療実日数	4 日
再診	再外来診療料	69 × 3	回	207	傷病の経過
	継続管理加算	52 × 3	回	156	
	外来管理加算	×	回		
	時間外休日深夜	×	回		
	診療	×	回		
指導			10	転帰	令和 3 年 2 月 29 日 治ゆ 継続 転医 中止 死亡
在宅	往夜深夜・緊急 在宅患者訪問診療 その他	回		摘要	
	1	内服 { 薬剤 2 単位 10 { 調剤 9 × 1 回 9 { 薬剤 1 単位 { 調剤 × 回 { 調剤 × 回 外用 { 調剤 × 回 { 調剤 × 回 処方麻毒基	回	42	(12) 再診料 69×3 外来管理加算 52×3
注射	皮下筋肉内 静脈内 その他	回		(13) 薬剤情報提供料 10×1	
処置	薬剤	3 回	135	(21) イトラック錠60mg 2T ムコスタ錠100mg 2T 5×2	
手術・酔	薬剤	1 回	2000	(25) 処方料 (6種類以下) 42×1	
検査	薬剤	回		(40) 創傷処置 (100cm未満) 45×3	
画像診断	薬剤	1回	170	(50) 創傷処置 (長径10cm以上・筋肉、臓器に達するもの) 2000×1 キロカイン注ホ®リアソ® 1% 5mL 2A キロカイン注ホ®リアソ® 1% 10ml 1A 23×1 (2月3日)	
その他	処方せん その他 薬剤	2回	136	(80) 処方せん料 (その他) 68×2	
入院	入院年月日 病・診・衣	令和 年 月 日 入院基本料・加算	×	日間	
	特定入院料・その他		×	日間	
		事	円×	日間	
診療報酬点数表により計算できるもの		合計点数	3168	1点単価 × 〇〇	〇〇〇〇〇 円
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	〇〇〇〇 円
診療費請求合計額					〇〇〇〇〇 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、診療に当たった医療機関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		診療機関の { 所在地 { 名称 { 医師の氏名			

※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。このため、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(10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、認定傷病のみの治療費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)

※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本を提出した場合に限り補償対象となります。

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。  
(記入する代わりにしせつ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

*11 調剤費請求明細			(職員氏名) 愛媛 太郎					
処方せんを交付した診療機関の		名称	〇〇病院					
		所在地	〇〇市〇〇町〇〇番地					
担当医氏名		1. 松山 一郎	3.					
		2.	4.					
調剤期間		令和3年2月3日から2月29日まで27日間		調剤実日数 2日				
医師番号	処方月日	調剤月日	処方		調剤数量	調剤報酬点数		
			医薬品名・規格・用量・剤型・用法	単 位 薬 剤 料		調剤料	薬剤料	加算料
〇	2・3	2・3	〇〇〇〇	〇点	〇	〇点	〇点	〇点
〇	2・29	2・29	〇〇〇〇	〇	〇	〇	〇	〇
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
処方せん受付回数		〇回	摘要					
調剤基本料(点) 00		時間外加算等(点)		指導料(点)		合計点数 00点		
						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。)								
令和 年 月 日								
薬局の { 所在地 名 称 薬剤師の氏名								

薬剤師の証明が必要