

療養補償請求書

認定番号	
請求回数	第 回(年 月分)

岩手県市町村総合事務組合管理者 殿	請求年月日 年 月 日
	(千)
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 _____ 医療機関等の名称 _____ 氏名 (代表者名) _____

2 被災職員に関する事項	所属市町村・部局	職名 (業務内容)
	ふりがな 氏 名	職業・勤務先 (市町村の部局以外)
	年 月 日生 (歳)	負傷又は 発病の年月日 年 月 日

3 診療費	内訳は「*11 診療費請求明細」欄記載のとおり	円
4 調剤費	内訳は「*12 調剤費請求明細」欄記載のとおり	円
5 施術料	内訳は「*13 施術料請求明細」欄記載のとおり	円
6 看護料	<input type="checkbox"/> 訪問看護 内訳は「*14 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) 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	円
7 移送費	<input type="checkbox"/> 交通費 から まで キロメートル <input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復 回	円
	<input type="checkbox"/> その他の移送費	
8 上記以外の療養費		円
9 療養補償請求金額 (3~8の合計額)		円

10 送金振込先	被災者分	振込先 銀行 支店	医療機関分	振込先 銀行 支店
		<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金		<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金
	ふりがな 預金名義者	口座番号	ふりがな 預金名義者	口座番号

[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 「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、調剤に当たった薬剤師若しくは薬局、施術に当たった柔道整復師若しくは施術所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。
- 3 「6 看護料（訪問看護を除く。）」及び「7 移送費」については、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。
- 4 「8 上記以外の療養費」の欄には、入院料に食事代を含まない場合の食事料及び「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、その領収書及び明細書を添付すること。
- 5 「*11 診療費請求明細」、「*12 調剤費請求明細」、「*13 施術料請求明細」又は「*14 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若しくは歯科医師、薬剤師、柔道整復師又は訪問看護事業者の証明書を添付してもよいこと。
- 6 「診療報酬点数表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。