

療養補償請求書

認定番号		〇〇-〇〇〇	
請求回数		第〇回(〇年〇月分)	
地方公務員災害補償基金 栃木県 支部長 殿		請求年月日 〇年〇月〇日	
下記の療養補償を請求します。		請求者の住所 〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇〇市〇〇町〇〇番地	
		フリガナ トチギ タロウ 氏名 栃木 太郎	
1 受補償委任の費用	この請求書による療養補償の費用の受領を 〇〇〇〇 に委任します。 委任者の氏名 栃木 太郎		被災職員本人が記入
	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 〇〇市〇〇町〇〇番地 所在地 医療法人〇〇会〇〇病院 氏名(代表者名) 院長 〇〇〇〇 }		
2 関被す災る職事員に	所属団体名 〇〇市	フリガナ トチギ タロウ	
	所属部局名 〇〇課 (電話番号 XXX-XXX-XXXX)	氏名 栃木 太郎	
	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	33,600 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 <input type="checkbox"/> 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 年 月 日から 年 月 日まで km <input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復	円	
	<input type="checkbox"/> その他の移送費		
7 上記以外の療養費 (3~6以外)	円	8 療養補償請求金額 (3~7の合計額)	33,600 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		【口座名義人】 実際に振り込まれる口座名をカタカナ表記で記入すること
	<input checked="" type="checkbox"/> 任意の口座を指定する (金融機関(郵便局を除く)振込に限りです)		
	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 〇〇〇〇〇〇	
口座名義人 法人機関又は役職の名称(フリガナ) 医療法人 〇〇会 〇〇病院 院長 〇〇〇〇 氏名(フリガナ) 医療法人 〇〇会 〇〇病院 院長 〇〇〇〇			
<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	

医療機関に記入してもらってください

【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。

*10 診療費請求明細				(職員氏名)						
傷病名	ア ○○骨折			診療開始日	ア ○年 ○月 ○日					
	イ ○○部切創				イ ○年 ○月 ○日					
	ウ				ウ ○年 ○月 ○日					
初診	時間外・休日・深夜		回	点	診療期間	○年○月 1 日から	診療実日数	○日		
再診	再診	×	回	○年○月 31 日まで						
	外来診療料	×	回	傷病の経過	※転帰が治癒の場合「治ゆ届」を提出するようにしてください。					
	継続管理加算	×	回							
	外来管理加算	×	回							
	時間外	×	回							
	休日	×	回							
	深夜	×	回							
指導				転帰	○年 ○月 ○日					
在宅	往診	回	<div style="border: 1px solid red; padding: 5px; display: inline-block;">内容省略</div> <p style="color: red; font-size: small;">このページは医療機関に記入してもらってください。 なお、点数表は労災保険に準じて記入してください。</p>	治ゆ	継続	転医	中止	死亡		
	夜間	回		摘要						
	深夜・緊急	回								
	住宅患者訪問診察	回								
その他	回									
投薬	内服	薬剤	×	単位	<div style="border: 1px solid red; padding: 5px; display: inline-block;">内容省略</div> <p style="color: red; font-size: small;">このページは医療機関に記入してもらってください。 なお、点数表は労災保険に準じて記入してください。</p>					
	調剤		×	回						
	外用	薬剤	×	単位						
	調剤		×	回						
処方	×	回								
麻毒調基	×	回								
注射	皮下筋肉内	回								
	静脈内	回								
	その他	回								
処置	薬剤	回								
手術・麻酔	薬剤	回								
検査	薬剤	回								
画像診断	薬剤	回								
その他										
入院	入院年月日	年 月 日	<p style="color: red; font-size: small;">次ページの「上級室・個室等証明書」を添付すること。</p>							
	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	×	日間								
食事	基準	円	×	日間						
		円	×	日間						
		円	×	日間						
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							
		2,500 点	×	12 円	30,000 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 個室使用 2 日間 (1,800×2)			3,600 円					
診療費請求合計額					33,600 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、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。)</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">診療機関の { 名称 所在地 医師の氏名</p> <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; display: inline-block; margin-left: 200px;">記入不要</div>										

療養補償請求書

		認定番号	〇 〇 - 〇 〇 〇												
		請求回数	第 〇 回 (〇 年 〇 月分)												
地方公務員災害補償基金 栃木県 支部長 殿 下記の療養補償を請求します。		請求年月日	〇 年 〇 月 〇 日												
		請求者の住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇〇市〇〇町〇〇番地												
		フリガナ 氏名	トチギ タロウ 栃木 太郎												
記入不要	受補償委任費用の	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。 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	所属団体名	〇〇市			フリガナ	トチギ タロウ			氏名	栃木 太郎			
関被する職事員項に			所属部局名	〇〇課				〇年〇月〇日生(〇歳)							
			(電話番号)	XXX-XXX-XXXX											
			職名	〇〇			<input type="checkbox"/> 常勤	負傷又は発病の年月日			<input type="checkbox"/> 令第1条職員	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										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						円			
6	移送費	<input type="checkbox"/> 交通費										<input type="checkbox"/> 片道			円
		から	まで			km			<input type="checkbox"/> 往復						
		<input type="checkbox"/> その他の移送費													
7	上記以外の療養費(3~6以外)	腰椎コルセット			20,882円			8	療養補償請求金額(3~7の合計額)			20,882円			
送金希望口座等	<input checked="" 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 (被災職員本人又は遺族の銀行口座)														
	金融機関名..... 本支店等名..... 口座種別 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 口座番号..... 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).....														
<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					
[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費及び「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。															

被災職員本人又は遺族が記入

*10 診療費請求明細				(職員氏名)											
傷病名	ア イ ウ	診療開始日	ア イ ウ	年 年 年	月 月 月	日 日 日									
初診	時間外・休日・深夜	回	点	診療期間	年 年	月 月	日から 日まで	診療日数	日						
再診	再診	×	回	傷病の経過											
	外来診療料	×	回												
	継続管理加算	×	回												
	外来管理加算	×	回												
	時間外	×	回												
	休日	×	回												
深夜	×	回													
指導				転帰	年 月 日										
在宅	往診	回		治ゆ	継続	転医	中止	死亡							
	夜間	回		摘要											
	深夜・緊急	回		<div style="border: 1px solid red; padding: 5px; display: inline-block; margin-bottom: 10px;">記入不要</div> <p style="color: red; margin-top: 10px;">※「補装具等を治療上必要とする旨の医師の証明書」及び料金を自己負担した際の領収書を添付してください。</p> <p style="color: red; margin-top: 10px;">※費用を自己負担している場合、領収書の添付は必須です。</p> <p style="color: red; margin-top: 10px;">※診断書の場合消費税がかかりませんので注意してください。</p>											
	住宅患者訪問診察	回													
その他	回														
薬剤	回														
投薬	内服	薬剤	×	回	単位										
	調剤									×	回				
	屯服	薬剤	×	回											
	調剤									×	回				
外用	薬剤	×	回												
処方	薬剤	×	回												
注射	皮下筋肉内	回													
	静脈内	回													
	その他	回													
処置	薬剤	回													
手術・麻酔	薬剤	回													
検査	薬剤	回													
画像診断	薬剤	回													
その他															
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					
			×							日間					
特定入院料・その他	×	日間													
	食事	基準	円	×	日間										
			円	×	日間										
			円	×	日間										
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													
		点	×	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														
診療費請求合計額															
<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、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。)</p> <p style="text-align: center;">○ 年 ○ 月 ○ 日</p> <p style="text-align: center;">診療機関の</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="font-size: 3em; margin-right: 10px;">{</div> <div> <p>名称 医療法人○○会□□病院</p> <p>所在地 ○○市○○町○○番地</p> <p>医師の氏名 医師 □□ □□</p> </div> </div>															

療養補償請求書

		認定番号	〇〇-〇〇〇		
		請求回数	第〇回(〇年〇月分)		
地方公務員災害補償基金 栃木県 支部長 殿 下記の療養補償を請求します。		請求年月日	〇年〇月〇日		
		請求者の住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇〇市〇〇町〇〇番地		
		フリガナ 氏名	トチギ タロウ 栃木 太郎		
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。 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	所属団体名	〇〇市	フリガナ	トチギ タロウ	
	所属部局名 (電話番号)	〇〇課 XXX-XXX-XXXX	氏名	栃木 太郎	
	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		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 年間 <input type="checkbox"/> 看護師の資格 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	日 日まで	円	
6	移送費	<input checked="" type="checkbox"/> 交通費 (タクシー) <input type="checkbox"/> 片道 <input checked="" type="checkbox"/> 往復 5回		1,800×2×5=18,000 円	
		自宅 から 病院 まで 12 km	<input type="checkbox"/> その他の移送費		
7	上記以外の療養費 (3~6以外)	円	8 療養補償請求金額 (3~7の合計額)	18,000 円	
9	送金希望口座等	<input checked="" type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する 個人番号 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇			
		<input type="checkbox"/> 任意の口座を指定する (被災職員本人又は遺族の銀行口座) 金融機関名 本支店等名			
		口座種別 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 口座番号			
		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)			
<input type="checkbox"/> その他					
*受理 (到達した年月日)	所属部局		任命権者		基金支部
	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。

*10 診療費請求明細				(職員氏名)											
傷病名	ア イ ウ	診療開始日	ア イ ウ	年 年 年	月 月 月	日 日 日									
初診	時間外・休日・深夜	回	点	診療期間	年 年	月 月	日から 日まで	診療日数	日						
再診	再診	×	回	傷病の経過											
	外来診療料	×	回												
	継続管理加算	×	回												
	外来管理加算	×	回												
	時間外	×	回												
	休日	×	回												
深夜	×	回													
指導				転帰	年 月 日										
在宅	往診	回		治ゆ	継続	転医	中止	死亡							
	夜間	回		摘要											
	深夜・緊急	回		<div style="border: 1px solid red; padding: 5px; display: inline-block; color: red;">記入不要</div> <p style="color: red; margin-top: 20px;">※次の書類を添付してください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「通院・移送費明細書」 ・「経路図」 病院と自宅の間及び通勤経路の両方を色分けて記載したもの ・領収証等 											
	住宅患者訪問診察	回													
その他															
薬剤	回														
投薬	内服	薬剤	×	回	単位										
	調剤									×	回				
	屯服	薬剤	×	回											
	調剤									×	回				
外用	薬剤	×	回												
処方	×	回													
麻毒調基	×	回													
注射	皮下筋肉内	回													
	静脈内	回													
	その他	回													
処置	薬剤	回													
	薬剤	回													
手術・麻酔	薬剤	回													
検査	薬剤	回													
画像診断	薬剤	回													
その他															
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												
		×	日間												
		×	日間												
特定入院料・その他				食事	基準	円	×	日間							
						円	×	日間							
						円	×	日間							
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												
		2,500点	×	12円	30,000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		個室使用2日間 (1,800×2)		3,600円									
診療費請求合計額						33,600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、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。)</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">診療機関の</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="font-size: 3em; margin-right: 10px;">{</div> <div style="margin-left: 10px;"> <p>名称</p> <p>所在地</p> <p>医師の氏名</p> </div> </div>															

療養補償請求書

		認定番号	〇〇-〇〇〇		
		請求回数	第〇回(〇年〇月分)		
地方公務員災害補償基金 栃木県 支部長 殿 下記の療養補償を請求します。		請求年月日	〇年〇月〇日		
		請求者の住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇〇市〇〇町〇〇番地		
		フリガナ 氏名	トチギ タロウ 栃木 太郎		
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。 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	所属団体名	〇〇市	フリガナ	トチギ タロウ	
	所属部局名 (電話番号)	〇〇課 XXX-XXX-XXXX	氏名	栃木 太郎	
	職名	〇〇 常勤 □ 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	(3割自己負担分)	9,000 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	□ 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 年間	□ 看護師の資格	円	
6	移送費	□ 交通費	から まで	□ 片道 □ 往復	回
		□ その他の移送費	円		
7	上記以外の療養費 (3~6以外)	円	8	療養補償請求金額 (3~7の合計額)	9,000 円
9	送金希望口座等	□ 公金受取口座を利用する 個人番号 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇			
		□ 任意の口座を指定する (被災職員本人又は遺族の銀行口座) 金融機関名..... 本支店等名..... 口座種別 □ 普通 □ 当座 口座番号..... 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).....			
		□ 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。

*10 診療費請求明細				(職員氏名)											
傷病名	ア ○○骨折	診療開始日	ア	○年	○月	○日									
	イ ○○部切創		イ	○年	○月	○日									
	ウ		ウ	○年	○月	○日									
初診	時間外・休日・深夜	回	点	診療期間	年	月	日から	診療日数	○日						
再診	再診	×	回	傷病の経過	年	月	日まで	診療日数	○日						
	外来診療料	×	回												
	継続管理加算	×	回												
	外来管理加算	×	回												
	時間外	×	回												
	休日	×	回												
深夜	×	回													
指導				転帰	○年	○月	○日								
在宅	往診	回		治ゆ	継続	転医	中止	死亡							
	夜間	回		摘要											
	深夜・緊急	回		<div style="border: 1px solid red; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">この裏面は病院で記入してもらい下欄に証明印をもらってください。</div> <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; margin-bottom: 10px; text-align: center;">内容省略</div> <ul style="list-style-type: none"> 点数は健康保険の点数になります。 自己負担した分の領収証・レシート・等を添付してください。 紛失してしまったような場合は病院から支払証明書をもらってください。 											
	住宅患者訪問診察	回													
その他	回														
薬剤	回														
投薬	内服	薬剤	×	単位	<div style="border: 1px solid red; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">この金額の3割分が表面の請求額になるはずですが。</div>										
	調剤	×	回												
	屯服	薬剤	×	単位											
	調剤	×	回												
外用	薬剤	×	単位												
	調剤	×	回												
処方	×	回													
麻毒調基	回														
注射	皮下筋肉内	回		食事	基準	円	×	日間							
	静脈内	回			円	×	日間								
	その他	回			円	×	日間								
処置	薬剤	回													
	薬剤	回													
手術・麻酔	薬剤	回													
検査	薬剤	回													
画像診断	薬剤	回													
その他															
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											
			×	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		円		×	日間							
		3,000点	10円		30,000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		円											
診療費請求合計額				30,000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、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。)</p> <p>○年 ○月 ○日</p> <p style="text-align: center;">診療機関の</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>名称</td> <td>○○○市○○町○○-○</td> </tr> <tr> <td>所在地</td> <td>医療法人 ○○会 □□病院</td> </tr> <tr> <td>医師の氏名</td> <td>院長 ○ ○ ○ ○</td> </tr> </table>										名称	○○○市○○町○○-○	所在地	医療法人 ○○会 □□病院	医師の氏名	院長 ○ ○ ○ ○
名称	○○○市○○町○○-○														
所在地	医療法人 ○○会 □□病院														
医師の氏名	院長 ○ ○ ○ ○														

*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 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		薬剤調整料 調剤管理料	薬剤料	加算料
	.	.			点	点	点	点
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
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 薬局の { 名 称 所 在 地 薬剤師の氏名</p>								

*12 訪問看護事業者の証明		(職員氏名)																																								
傷病名		(訪問看護期間) 年 月 日から 年 月 日まで																																								
傷病の経過		訪問看護の回数 回																																								
基本療養費 (I) (II)	保健師、助産師、看護師 円 × 回 円	指示期間	年 月 日から 年 月 日まで																																							
	准看護師 円 × 回 円		(特別指示期間) 年 月 日から 年 月 日まで																																							
	専門の研修を受けた看護師 円 × 回 円	主治医への直近報告年月日 年 月 日																																								
	理学療法士、作業療法士等 円 × 回 円	訪問日																																								
加算 円 × 回 円 (時間)	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td></tr> <tr><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td></tr> <tr><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td></tr> <tr><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>							1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31				
1	2	3	4	5	6	7																																				
8	9	10	11	12	13	14																																				
15	16	17	18	19	20	21																																				
22	23	24	25	26	27	28																																				
29	30	31																																								
管理療養費	管理療養費 円 + 円 × 日 円																																									
	管理療養費の加算 円 円																																									
情報提供療養費	円	提供した情報の概要																																								
ターミナルケア療養費	円 円 死亡年月日 年 月 日	情報提供先の名称																																								
合計	円	専門の研修	基本療養費 (I) (II)	1 緩和ケア 2 褥瘡ケア 3 人工肛門・人工膀胱ケア																																						
(備考)			専門管理加算	1 緩和ケア 2 褥瘡ケア 3 人工肛門・人工膀胱ケア 4 特定行為 ()																																						
			手順書交付年月日	年 月 日																																						
			直近見直し年月日	年 月 日																																						
訪問看護を指示した医療機関の名称及び主治医の氏名																																										
医療機関の名称 主治医の氏名																																										
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、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する場合は不要です。)																																										
年 月 日 訪問看護事業者の { 名称 所在地 代表者氏名																																										