

記入例

青字の部分：被災職員に記入を依頼してください。赤字の部分：医療機関が記入してください。
★下部の注意事項を必ず読んでください。

1号紙

療養補償請求書		認 定 番 号	〇〇-〇〇〇〇〇		
		請 求 回 数	第 〇 回 (令和7 年 1 月分)		
地方公務員災害補償基金		請求年月日	令和7 年 〇 月 〇 日		
神戸市 支部長 様		請求者の住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 神戸市〇〇区〇〇通9丁目〇-〇-〇		
下記の療養補償を請求します。		フリガナ	コウベ タロウ		
		氏 名	神戸 太郎		
1 受補償 領委任 費用の	この請求書による療養補償の費用の受領を		医療法人社団〇〇会 〇〇病院		
	委任者の氏名		神戸 太郎		
	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	医療法人社団〇〇会 〇〇病院		
		所在地	兵庫県神戸市〇〇区〇〇町1-1-1		
		氏名 (代表者名)	〇〇 〇〇		
2 関被 す災 る職 事員 項に	所属団体名	神戸市		フリガナ	コウベ タロウ
	所属部局名	〇〇局〇〇課		氏 名	神戸 太郎
		(電話番号 078-〇〇〇-〇〇〇〇)		平成2 年 2 月 22 日生 (34 歳)	
	職 名	事務職員	☒ 常 勤	負傷又は発病の年月日	
		☐ 常勤的非常勤	令和6 年 12 月 10 日		
3	診 療 費	内訳は「*10 診療費請求明細」欄記載のとおり			11,060 円
4	調 剤 費	内訳は「*11 調剤費請求明細」欄記載のとおり			0 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			0 円
		年 月 日から 日間	☐ 有 ☐ 無		0 円
6	移 送 費	☐ 交通費 ☐ 片道 回			0 円
		から まで km ☐ 往復			
	☐ その他の移送費				
7	上記以外の療養費 (3~6以外)	0 円	8	療養補償請求金額 (3~7の合計額)	11,060 円
9 送金希望口座等	☐ 公金受取口座を利用する				
	個 人 番 号				
	☒ 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	☒ 普通 ☐ 当座	口座番号 〇〇〇〇〇〇〇		
	口座名義人	法人機関又は役職の名称 (フリガナ)			(医) 〇〇会 (イ) 〇〇カイ)
		氏名 (フリガナ)			理事長 〇〇 〇〇 (リシチョウ 〇〇 〇〇)
	☐ 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
			年 月 日		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。

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。