

(参考)

認定後に被災職員がお持ちする療養補償請求書の記入例です。

認定までの間、調剤費等の請求を保留していただける場合は、認定後に被災職員がお持ちする療養補償請求書を使用して、この記載例を参考に、当基金あてご請求ください。

健康保険使用、被災職員全額負担の場合はこの請求は不要ですが、被災職員が当基金に請求の為の明細を求めた場合は、レセプトの提供等ご協力をお願い致します。

※押印不要です。(令和3年廃止)

被災職員が網掛部分(1、2、5、6)を記入してお渡します。
受け取られましたら、太線で囲った部分をご記入ください。

記入例

地方公務員災害補償

〒650-8567 神戸市中央区下山手通5丁目10番1号 兵庫県総務部職員局職員課内 電話 078-341-7711 内線2653 受付時間 9時~12時、13時~17時 地方公務員災害補償基金 兵庫県支部長 様 下記の療養補償を請求します。		請求年月日 令和 ○年 ○月 ○日	
1 (被災職員)		請求者の住所 ○○市○ 氏名 兵庫	
2 (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 ○○○○○○ 氏名 兵庫太郎		網掛部分 被災職員記入済	
3 (委任に基づく支払請求) 薬局名、店名は必ず記入してください(社名は未記入でも可) 支払請求者(医療機関等(担当:))		書による療養補償の支払を請求します。 住所 〒○○○-○○○○ 電話番号 ○○○-○ 氏名 ○○○○薬局 神戸市分は神戸市支部に送付ください。	
* 4 整理番号		6 被災職員	
5 認定番号(8桁) 第 - 号		所属団体名 ○○市 氏名 兵庫太郎 (大・昭・平 ○年 ○月 ○日生)	
7 診療期間		8 現在の状況	
年 月 日 から 年 月 日 まで 診療実日数 日		□ □ □	
9 (1) 傷病名 (2) 医療機関よりお伺いの時は (3) ご記入ください (4) (未記入でも可) (5)		10 (1) 年 月 日 (2) 8.10.11は未記入でも可。 (3) (4) (5) 年 月 日	
12 診療費		内訳「19診療請求明細」欄記載のとおり 円	
13 調剤費		内訳は別添「調剤費請求明細」欄記載のとおり 円	
14 看護料		年 月 日 から 年 月 日 まで 日間 □有 □無 薬局の調剤費は点数×10円です。	
15 移送費		(交通費) 片道 回 円 から まで 往復 (その他の移送費) 円	
16 上記以外の療養費		円	
17 療養補償請求額		※17のみ記入でも可 必ず記入してください(記入の際は13と同額) 円	
18 送金先		* 受理 * 支払 * 決定金額	
銀行名 ○○ 銀行 ○○ 支店 過去の請求実績があっても必ず記入してください。 (ゴム印、別紙、貼付可)		令和 年 月 日	
預金種類 □ 名義カタカナで記入して下さい 口座番号 ○○○○○○		令和 年 月 日 記入不要	

調剤薬局が記入してください

※口座の間違ひ、未記入が多いです。ご提出前に再度ご確認ください。

