

赤文字：病院等が記入

青文字：請求者等が記入

網掛け部：記入不要

病院等向け
記入例

国家公務員災害補償

療養補償請求書

1号紙

		請求回数	第	回
(実施機関の長の官職氏名) ◇◇大臣 ◇◇ ◇◇ 殿 下記の療養補償を請求します。		請求年月日	令和	4年 12月 3日
(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		請求者の住所	●●県●●市▲▲町1-2	
		氏名	国公 災太	
(委任に基づく支払請求) 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。		請求者の住所	●●県●●市●●町1-1	
		氏名	○○クリニック 院長 補償 次郎	
受領委任欄に記入がない場合は、 記入方法が異なる可能性があるため、 職員の勤め先へお問い合わせください。		2 (氏名)	年	月 日生
		4 (負傷又は発病年月日)	年	月 日
5 診療費	内訳は「11医師の証明」欄記載のとおり	△△, △△△円		
6 調剤費	内訳は「12薬剤師の証明」欄記載のとおり	円		
7 看護料	<input type="checkbox"/> 訪問看護 内訳は「13訪問看護事業者の証明」欄記載のとおり	円		
	令和 年 月 日から 日間 看護師の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	円		
8 移送費	(交通費) から まで キロメートル	円		
	<input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復	円		
(その他の移送費)		円		
9 上記以外の療養費	診断書料	◎, ◎◎◎円		
10 療養補償請求金額		□□, □□□円		
※受理 令和 年 月 日	※決定 令和 年 月 日	※支払 令和 年 月 日	※決定金額 円	
		消費税は非課税となります。		添付書類 枚

- 注1 請求者は、※印の欄には記入しないこと。該当する□にレ印を記入すること。
- 2 「(補償費用の受領委任)」の欄には、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補償費用の受領を委任しようとする場合にのみ記載し、その他の場合には記入しないこと。
- 3 「7看護料」及び「8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。
- 4 「9上記以外の療養費」の欄には、入院料に食料料を含まない場合の食料料及び療養に必要な治療材料等の名称、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 2号紙、3号紙又は4号紙の記入に代えて同様事項を記載した医師、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。

※11 医師の証明		(患者氏名) 国公 災太		
傷病名	左足関節捻挫		(診療期間) 令和 4年 11月 26日から 令和 4年 11月 30日まで 診療実日数 5日間 1日	
傷病の経過 (現在の状態)	令和 4年 11月 30日 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 転医 <input type="checkbox"/> 中止 <input checked="" type="checkbox"/> 継続中			
診療費の内訳	別紙のとおり		金額(円)	
診療	初診	〇, 〇〇〇		
	再診			
	在宅			
投薬	内服薬	〇, 〇〇〇		
	外用剤 調剤			
注射	皮下筋肉内 静脈内 その他			
処置	(処置名・回数等)		〇, 〇〇〇	
手術・麻酔	(手術名・回数等)			
検査	(検査名・回数等)			
画像診断	(画像診断名・回数等)		〇, 〇〇〇	
その他				
入院	期間	令和 年 月 日から令和	レセプト等を添付する場合は、「診療費の内訳」に「別紙のとおり」と記載してください。その際、この範囲の詳細・金額を記入する必要はありません。 この金額を1号紙の「5 診療費」に記入してください。	
	基特基	入院時基本診療料(入院料) (室料・看護料・給食料)		
	食特基	3 1		
	普	2 2		
	食	特1基		1 本
		特1他		1 1
	基寝・衣	基1他		2 2
		基1他		3 3
	その他	入院時医学管理料		
	診療費の合計			△△, △△△円
上記の事項は事実と相違ないことを証明します。 令和 4年 12月 3日 病院又は診療所の { 所在地 ●●県●●市●●町1-1 名称 ○○クリニック 医師氏名 補償 次郎				