様式第4号（第4条関係）

療養補償請求書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 請求回数 | 第　　回 |
| （教育委員会の長の職氏名）　　　　　　　　様下記の療養補償を請求します。 | 請求年月日 | 　　年　　月　　日 |
| 請求者の住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ふりがな　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　 |
| １　補償費用の受領についての委任 | 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　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　 |
| ２　被災学校医等に関する事項 | 所属学校名 |  | 職業 |  |
| 氏名生年月日　　　　　　年　　月　　日 |
| 負傷又は発病の年月日 | 　　年　　月　　日 |
| ３　診療費 | 内訳は「＊９診療費請求明細」欄記載のとおり | 円 |
| ４　看護料 | □　訪問看護　内訳は「＊10　訪問看護事業者の証明」欄記載のとおり | 円 |
| □　看護師　　　　　　年　　月　　日から□　付添婦　　　　　　年　　月　　日まで□　その他　　　　　　　　（　　　日間） | 円 |
| ５　移送費 | 交通費から　　　　まで　□片道キロメートル　　□往復　　　回 | 円 |
| その他の移送費　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| ６　上記以外の療養費 | 円 |
| ７　療養補償請求金額（３～６の合計額） | 円 |
| ８　送金希望の場合 | 口座振替 | 振込先金融機関名 | 銀行　支店　 | ＊受付 | 　　年　月　日 |
| □普通預金□当座預金 | ＊決定金額 | 円 |
| 口座番号 |  | ＊通知 | 　　年　月　日 |
| 口座名義人 |  |
|  | ＊支払 | 　　年　月　日 |

|  |
| --- |
| ＊９　診療費請求明細 |
| 傷病名 |  | 診療開始日 | ア　年 月 日イ　年 月 日ウ　年 月 日 | 診療期間　　年　月　日から　　年　月　日まで |
|  | 診療実日数日 |
|  | 転帰 |
|  | 治癒 | 死亡 | 中止 |
| 診察料 | 初診 | 時間外・休日・深夜　　回点 |  |
| 再診 | 再診　　　　　　　　　　　回内科再診　　　　　　　　　　回時間外　　　　　　　　　　　回休日・深夜　　　　　　　　　回 |
| 指導　　　　　　　　　　　　　　回 |
| 往診 | 普通　　　　　　　　　　　回夜間　　　　　　　　　　　回深夜・暴風雨雪・難路　　　　回 |
| 投薬料 | 内服・薬剤　　　　　　　　　単位・調・処　　　　　　　　　　回頓服・薬剤　　　　　　　　　単位・調・処　　　　　　　　　　回外用・薬剤　　　　　　　　　単位・調・処　　　　　　　　　　回 |
| 注射料 | 皮下筋肉内　　　　　　　　　　　回静脈内　　　　　　　　　　　回その他　　　　　　　　　　　回 |
| 処置料 | 回回薬剤　　　　　　　　　　　　　回 |
| 手術・麻酔料 | 回回薬剤　　　　　　　　　　　　　回 |
| 検査料 | 回回薬剤　　　　　　　　　　　　　回 |  |

(８)

(７)

(６)

(５)

(４)

(２)

(３)

(１)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| レントゲン料 | 回回 |  |
| その他 |  |
| 入院 | 入院年月日 | 年　　月　　日 |  |
| 病院 | 基食 | 看特２ | ○入院時基本診療料（室料・看護料・給食料）点食有　×　　日間食無　×　　日間特食　×　　日間 |  |
| 看特１ |  |
| 普食 | ○入院時医学管理料･２週間以内　　　×　　　日間･２週間超～１月以内　　　×　　　日間･１月超～３月以内　　　×　　　日間･３月超　　　×　　　日間 |  |
| 診療所 |  |
| 看１ |  |
| 基寝・衣 |  |
| 看２ |  |
| 看３ |  |
| その他 |  |  |
| (12)　診療報酬点数表により計算できる合計額 | 合計点数×１点単価 | 円 |
| (13)　診療報酬点数表により計算できないもの（例えば診断書料・入院室料差額等） |  | 円 |

(11)

(10)

(９)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (14)　診療費請求合計額 | (12)＋(13) | 円 |
| 上記の事項は事実と相違ありません。（この欄の記入は、診療にあ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。）　　　　年　　月　　日所在地診療機関の　名称医師の氏名　　　　　　　　　 |
| ＊10　訪問看護事業者の証明 |
| 患者氏名 |  | 訪問看護期間　　　　　　年　　月　　日から　　　　　　年　　月　　日まで訪問看護の回数　　　　　　　　回 |
| 傷病名 |  |
| 傷病の経過 |
| 基本療養費 | 保健師、看護師、理学療法士、作業療法士円×　　回＝　　　　 円准看護師円×　　回＝　　　　 円 | 指示年月日　　　　　　年　　月　　日 |
| 主治医への直近報告年月日　　年　　月　　日 |
| 訪問日１　２　３　４　５　６　７８　９　10　11　12　13　1415　16　17　18　19　20　2122　23　24　25　26　27　2829　30　31　　　　　　　　 |
| 管理療養費 | 初日　　　　　　　円２回目以降　　　　　　　円 |  |
| 情報提供療養費 | 円 | 提供した情報の概要 |
| 情報提供先の市区町村名 |
| ターミナルケア療養費 | 円死亡年月日　　　年　月　日 | （備考） |
| 合計 | 円 |
| 訪問看護の指示を受け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。　　　　　　年　　月　　日所在地訪問看護事業者の　名称代表者氏名　　　　　　　　　 |

［注意事項］

１　請求者は、＊印の欄には記入しないでください。また、該当する□に***レ***印を記入してください。

２　「１　補償費用の受領及び委任」の欄は、診療にあたった医療機関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してください。

３　「４　看護料（訪問看護を除く。）」及び「５　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してください。

４　「６　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してください。

５　「８　送金希望の場合」の欄は、当該補償の支給が決定されたとき、その支払方法について口座振替による支払を希望する場合に記入してください。

６　「＊９　診療費請求明細」の欄の記入に代えて同じ事項を記載した医師、歯科医師、又は柔道整復師の証明書を添付することができます。

７　診療報酬点数の算出ができない場合は、金額で記入してください。