

(表)

療養補償請求書

請求回数 第回

| | | | |
|--------------------------------------|---|--------------------------------|-------|
| (実施機関の職氏名) | | 請求年月日 | 年 月 日 |
| 次の療養補償を請求します。 | | 請求者の住所 氏 名 | 印 |
| 1 補 受 償 費 用 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 (所属部局) | | | |
| 3 (氏 名) | | 4 (職 種) | |
| 年 月 日(歳) | | 5 (負傷又は発 病年月日) | 年 月 日 |
| 6 診 療 費 | | 内訳は「 14 診療費請求明細」記載のとおり | |
| 7 調 剤 費 | | 内訳は「 15 調剤費請求明細」記載のとおり | |
| 8 看 護 料 | | 訪問看護 内訳は「 16 訪問看護事業者の証明」記載のとおり | |
| 看護師 付添婦 その他の 料 | | 年 月 日から 年 月 日まで | 日間 |
| 9 移 送 費 | | 交通費 から まで キロメートル 片道 往復 | |
| | | その他の移送費 | |
| 10 上記以外の療養費 | | | |
| 11 療養補償請求金額 (6~10の合計額) | | | |
| 12 添付する書類 その他の資料名 | | | |

| | | | | | | | |
|---------------------------------------|------------------|------|------|----|--|---------------------------------------|--|
| 13 送 金 希 望 の 場 合 | 振込先 金 融 機 関 名 | | 銀行 | 支店 | 受 理 決 定 支 払 決 定 金 額 | 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 円 | |
| | 預金科目 | | 普通預金 | | | | |
| | 口座番号 | | | | | | |
| | 口座 名義人 | フリガナ | | | | | |
| | | 氏名 | | | | | |

- (注意) 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 補償費用の受領委任」の欄は、診療に当たった医療機関等に療養補償の費用の受領を委任する場合にのみ記入してください。
- 3 「8 看護料(訪問看護を除く。)」、「9 移送費」及び「10 上記以外の診療費」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 「14 診療費請求明細」、「15 調剤費請求明細」又は「16 訪問看護事業者の証明」の記入に代えて、同様の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することができます。
- 5 請求者にあっては、署名することにより、氏名の記入及び押印に代えることができます。

| 14 診療費請求明細 | | | | | | | | |
|-------------------|------------------|-----------------------|-----------|---------|-----------|----------|----|-------|
| 診療内容 | 金額 | 傷病名 | | | | | | |
| 初診 | 円 | アイウ | | | | | | |
| 再診 | 回 | | | | | | | |
| 指導 | 回 | | | | | | | |
| ⑨7 食 | 日間 | | | | | | | |
| ⑧8 そ の 他 | 診断書 | 通 | 円 | | | | | |
| | 休業・看護証明料 | | 円 | 診療開始日 | 診療期間 | 実診療日 | 転帰 | |
| | 休業証明(年月日から年月日まで) | | 年月日 | 年月日から | 年月日まで | | 治癒 | |
| | | | 年月日 | 年月日 | 日間 | 継続 | | |
| | | | 年月日 | | | 転止 | | |
| 小計 (A) 円 | | | | | | 死亡 | | |
| 診療内容 | | | 点数 | 上級室入院期間 | | | | |
| 診察料 | 初診 | 時間外・休日・深夜 | | 病院 | 入院年月日 | 年月日 | 点数 | 年月日から |
| | 再診 | 外来管理 × 回 時間外・休日・深夜 | | | 診療所 | 料 | 日間 | 年月日まで |
| 投薬料 | ②1 内服 薬剤 | 単位 | | 病衣 | × | 日間 | | |
| | | 調剤料 × 回 | | | × | 日間 | | |
| | ②2 頓服 薬剤 | 単位 | | | × | 日間 | | |
| | | 調剤料 × 回 | | | × | 日間 | | |
| | ②3 外用 薬剤 | 単位 | | | 入院時医学管理料 | × | 日間 | |
| | | 調剤料 × 回 | | | | × | 日間 | |
| ②4 処方料 | × | 回 | | | × | 日間 | | |
| ②5 調剤技術基本料 | | | | | × | 日間 | | |
| ③0 注射料 | ③1 皮下筋肉内 | 回 | | | | | | |
| | ③2 静脈内 | 回 | | | | | | |
| | ③3 その他 | 回 | | | | | | |
| ④0 処置料 | 初診時プラッシング料 | | | | | | | |
| | 手指の機能回復指導料加算 | | | | | | | |
| | 薬剤 | 回 | | | | | | |
| ⑤0 手麻酔術料 | | | | | | | | |
| | 薬剤 | 回 | | | | | | |
| ⑥0 検査料 | | | | | | | | |
| | 薬剤 | 回 | | | | | | |
| ⑦0 レゲント料 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| ⑧0 の そ 他 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | 小計点数 × 単価 | | 合計 | | | |
| 小計 | ~ ⑨0 | 点 | (B) | 円 | (A) + (B) | 円 | | |
| | | | | | | 所在地 | | |
| | | | | | | 医療機関等の名称 | | |
| | | | | | | 医師等の氏名 | | |
| | | | | | | ○印 | | |

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等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
 医療機関等の名称
 医師等の氏名
 ○印

別紙 1

| 15 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 | | <small>所在 地</small> <small>名 称</small> <small>医師の氏名</small> | | | | | |
| 調剤期間 | 年 月 日から 年 月 日まで | | 日間 | | 調剤実日数 | | 日 |
| 処方月日 | 調剤月日 | 剤 型 | 処 方 | 所 定 単 位 当 た り 点 数 | 調剤数量 | 調 剤 報 酬 点 数 | |
| ・ | ・ | 内 服 | | 調剤料 | 点 | | 点 |
| ・ | ・ | | | 薬剤料 | | | |
| ・ | ・ | | | 計 | | | |
| ・ | ・ | 内 服 | | 調剤料 | | | 点 |
| ・ | ・ | | | 薬剤料 | | | |
| ・ | ・ | | | 計 | | | |
| ・ | ・ | 内 服 | | 調剤料 | | | 点 |
| ・ | ・ | | | 薬剤料 | | | |
| ・ | ・ | | | 計 | | | |
| ・ | ・ | 内 服 | | 調剤料 | | | 点 |
| ・ | ・ | | | 薬剤料 | | | |
| ・ | ・ | | | 計 | | | |
| ・ | ・ | 内 服 | | 調剤料 | | | 点 |
| ・ | ・ | | | 薬剤料 | | | |
| ・ | ・ | | | 計 | | | |
| 処方せん受付回数 | | 回 | | 調 剤 基 本 料 | 点 | | |
| | | | | 投 薬 特 別 指 導 料 | 点 | | |
| | | | | 合 計 点 数 | 点 | | |
| 摘要 | | | 合 計 金 額 | 円 | | | |
| 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、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。)。 | | | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | | | |
| <small>所在 地</small> <small>薬局の 名 称</small> <small>医師の氏名</small> | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 印 | | | | | | | |

別紙2

| | | | | | | |
|---|--------------------------------|--|--------------------------------|--|--|--|
| 16 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 | | | | | | |
| 基本 療 養 費 | 保健師、看護師、理学療法士、作業療法士 円 × 回 円 | | | 訪問看護の回数 回 | | |
| | 准看護師 円 × 回 円 | | | 指示年月日 年 月 日 主治医への直近 年 月 日 報告年月日 年 月 日 | | |
| 管 理 療 養 費 | 初 日 2回目以降 回 円 | | | 訪問日 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 | | |
| | | | | 提供した情報の概要 | | |
| 情報 提 供 療 養 費 | | | | 情報提供先の市区町村名 | | |
| | ターミナルケア 療養費 死亡年月日 年 月 日 | | | (備 考) | | |
| 合 計 | | | | | | |
| 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 | | | | | | |
| 主治医氏名 | | | | | | |
| 上記の事項は事実を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 | | | | | | |
| <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: flex-end;"> <div style="margin-right: 20px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px; display: inline-block;">訪問看護事業者の 代表者の氏名</div> </div> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 0 5px; margin-right: 5px;">所 在 地</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 0 5px; margin-right: 5px;">名 称</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 0 5px; margin-right: 5px;">○印</div> </div> </div> | | | | | | |

(A4)