

(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 償 費 用 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			印		
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 印		
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				円	
7 調 剤 費	内訳は「 15 調剤費請求明細」記載のとおり				円	
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				円	
	看 護 師 年 月 日から 日間 付 添 婦 そ の 他 年 月 日まで				円	
9 移 送 費	交 通 費 から まで キロメートル 片道 往復 回				円	
	その他の移送費					
10 上記以外の療養費					円	
11 療養補償請求金額 (6～10の合計額)					円	
12 添 付 す る 書 類 そ の 他 の 資 料 名						

13 送 金 希 望 の 場 合	振 込 機 関 先 名		銀行	支店	受 理	年 月 日
	預 金 科 目		普通預金	当座預金	決 定	年 月 日
	口 座 番 号				支 払	年 月 日
	口 座 名義人	フリガナ			決 定 金 額	円
		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 請求者にとっては、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。

(裏)

14 診療費請求明細									
診療内容						金額		傷病名 アイウ	
初診						円			
再診回						円			
指導回						円			
⑨7食日間						円			
⑧8診断書通						円			
休業・看護証明料						円			
休業証明(年月日から年月日まで)						円			
その他						円			
小計						(A)円			
診療内容						点数			
診察料初診時間外・休日・深夜									
再診外来管理×回時間外・休日・深夜									
投薬料②①内服薬剤単位調剤料×回数②②頓服薬剤単位調剤料×回数③③外用薬剤単位調剤料×回数④④処方料×回数⑤⑤調剤技術基本料									
③③注射料③①皮下筋肉内回数③②静脈内回数③③その他回数									
④④処置料初診時ブラッシング料手指の機能回復指導料加算回数薬剤回数									
⑤⑤手術料手麻酔料薬剤回数回数回数									
⑥⑥検査料薬剤回数回数回数									
⑦⑦レントゲン料									
⑧⑧その他									
小計						~ 90点		(B)円	
合計						(A)+(B)		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、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		<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="font-size: 3em; margin-right: 5px;">{</div> <div> 所在地 名称 医師の氏名 </div> </div>					
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			
・	・	頓 服		調剤料			
・	・			薬剤料			
・	・			計			
・	・	その他		調剤料			
・	・			薬剤料			
・	・			計			
・	・	内 服		調剤料			
・	・			薬剤料			
・	・			計			
・	・	頓 服		調剤料			
・	・			薬剤料			
・	・			計			
・	・	その他		調剤料			
・	・			薬剤料			
・	・			計			
・	・	内 服		調剤料			
・	・			薬剤料			
・	・			計			
・	・	頓 服		調剤料			
・	・			薬剤料			
・	・			計			
・	・	その他		調剤料			
・	・			薬剤料			
・	・			計			
処方せん受付回数			回	調 剤 基 本 料		点	
						点	
				投 薬 特 別 指 導 料		点	
摘 要				合 計 点 数		点	
				合 計 金 額		円	
<p>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。)</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="font-size: 3em;">{</div> <div> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;">薬局の</div> <div> 所在地 名称 ○印 </div> </div> <div style="margin-top: 10px;">医師の氏名</div> </div> </div>							

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)	
傷病の経過		年 月 日から 年 月 日まで 訪問看護の回数 回	
基本療養費	保健師、看護師、理学療法士、作業療法士 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	
	准看護師 円 × 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	
管理療養費	初 日 2 回目以降 回 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			
		{ 訪問看護事業者の 所在地 代表者の氏名 名 称 ○印	