

様式第6号

記入例1：指定医療機関以外で受診し、医療機関が精算を全額保留している場合

1号紙

療養補償請求書		認定番号	〇〇〇〇-〇〇〇〇	
		請求回数	第 〇 回 ( 〇 年 〇 月分)	
地方公務員災害補償基金 茨城県 支部長 殿 下記の療養補償を請求します。		請求年月日	令和〇 年 〇 月 〇 日	
		請求者の住所	茨城県A市B1-2-3	
		フリガナ 氏名	キキン タロウ 基金 太郎	
1 受補償 費用の 委任の	この請求書による療養補償の費用の受領を 委任者の氏名	<input type="checkbox"/> 整形外科 茨城花子	記載漏れが多いので注意	
	基金太郎	に委任します。		
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		医療機関等の名称	〇〇市〇〇町〇〇番地	
		所在地	<input type="checkbox"/> 整形外科	
		氏名 (代表者名)	茨城 花子	
2 関被 する 職事 員に	所属団体名	A市	フリガナ	キキン タロウ
	所属部局名	〇〇部〇〇課△△係 (電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇)	氏名	基金 太郎
	職名	主事 <input checked="" type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員	負傷又は発病の年月日	平成5年2月14日生(26歳) 令和3年5月7日
3	診療費	内訳は「*10 診療費請求明細」欄記載のとおり		1,550 円
4	調剤費	内訳は「*11 調剤費請求明細」欄記載のとおり		円
5	看護料	<input type="checkbox"/> 訪問看護 内訳は「*12 訪問看護事業者の証明」欄記載のとおり		円
		年 月 日から 年 月 日まで	日間 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	円
6	移送費	<input type="checkbox"/> 交通費	<input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復	円
		から まで km		
7 上記以外の療養費 (3~6以外)		診断書費 3,000 円	8 療養補償請求金額 (3~7の合計額)	4,550 円
9 送金 希望 口座 等	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する			
	個人番号			
	<input checked="" type="checkbox"/> 任意の口座を指定する			
	金融機関名		東京三菱UFJ銀行	
口座種別		<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		
口座番号		1234567		
口座名義人		法人機関又は役職の名称 (フリガナ) 医療法人社団〇〇会〇〇整形外科 (イヨホウカンソウヤケン)		
		氏名 (フリガナ) 茨城 花子 (イバシ ハナコ)		
<input type="checkbox"/> その他				
* 受理	所属部局		任命権者	
(到達した年月日)	年 月 日	年 月 日	基金支部	
* 決定金額	円	* 通知	年 月 日	* 支払
			年 月 日	

[注意事項]

- 1 請求者は、\*
- 2 「認定番号」
- 3 「1 補償費
- 4 「5 看護料
- 5 「7 上記以
- 6 「9 送金希
- 7 「\*10 診療費
- 8 「診療報酬点数により計算できないもの」の欄には、金額及びその明細 (例えば診断書料、入院室料差額等) を記入すること。
- 9 年月日の記載には元号を用いる。

●指定医療機関以外を受診し、精算を全額保留にしている場合

- ①上の色付き部分を被災職員が記載
- ②上の色付き部分以外の項目と2号紙を医療機関に記入してもらう
- ③被災職員は、1号紙と2号紙を任命権者 (所属) を経由して基金へ請求

2 訪問看  
書添  
付  
ない  
必要

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してもよいこと。

*10 診療費請求明細		(職員氏名)								
傷病名	ア イ ウ	診療開始日	ア イ ウ	年 年 年	月 月 月	日 日 日				
初診	時間外・休日・深夜	回	点	診療期間	年 年	月 月	日から 日まで	診療 実日数	日	
再診	再診 外来診療料 継続管理加算 外来管理加算 時間外 休日 深夜	× × × × × ×	回 回 回 回 回 回	傷病の経過						
指導									日	
在宅	往 夜 深 住 そ 薬									死亡
投薬	内 屯 外 処 麻 調 皮 静 そ 薬									
注射	そ 薬									
処置	薬									
手術・麻酔	薬									
検査	薬									
画像診断	薬									
その他										
入院	入院年月日	年 月 日		食事	基準	円	×	日間		
	病・診・衣	入院基本料・加算	×		日間	円	×	日間		
		×	日間		円	×	日間			
		×	日間		円	×	日間			
		×	日間		円	×	日間			
	特定入院料・その他				円	×	日間			
診療報酬点数表により計算できるもの		合計点数		1点単価		円		円		
診療報酬点数により計算できないもの		診断書料・入院室料差額等		点 ×		円		円		
診療費請求合計額								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、診療に当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。)</p> <p>年 月 日 診療機関の { 名称 所在地 医師の氏名</p>										

●費用を全額保留にしている場合の2号紙について

- ・医療機関（薬局を除く）に作成を依頼してください。
- ・レセプトの添付でも構いません。  
ただし、レセプトで確認できない項目は記入してください。  
また、摘要欄に「レセプト添付」等と記入してください。
- ・公務・通勤災害による療養や文書料は消費税は非課税とされていますので、消費税を入れない金額で請求してください。
- ・「診療報酬点数により計算できないもの」の内訳がある場合は、摘要欄（又は添付のレセプト）に記入してください。
- ・費用の受領委任をする場合、下の証明欄は記載不要です。

様式第6号

記入例2：薬局が精算を全額保留している場合

1号紙

療養補償請求書

認定番号		〇〇〇〇-〇〇〇〇	
請求回数		第〇回(〇年〇月分)	
請求年月日		令和〇年〇月〇日	
請求者の住所		茨城県A市B1-2-3	
フリガナ氏名		キキン タロウ 基金 太郎	
地方公務員災害補償基金 茨城県 支部長 殿		下記の療養補償を請求します。	
1 受補償委任の費用	この請求書による療養補償の費用の受領を委任者の氏名		〇〇調剤薬局 基金 太郎 <b>記載漏れが多いので注意</b>
	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。		
2 関被する職事員に	所属団体名	A市	フリガナ キキン タロウ
	所属部局名	〇〇部〇〇課△△係 (電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇)	氏名 基金 太郎 平成5年2月14日生(26歳)
	職名	主事 <input checked="" type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員	負傷又は発病の年月日 令和3年5月7日
3 診療費	内訳は「*10 診療費請求明細」欄記載のとおり		円
4 調剤費	内訳は「*11 調剤費請求明細」欄記載のとおり		1,130 円
5 看護料	<input type="checkbox"/> 訪問看護 内訳は「*12 訪問看護事業者の証明」欄記載のとおり		円
	年 月 日から 年 月 日まで	日間 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	円
6 移送費	<input type="checkbox"/> 交通費 から まで km <input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復 回		円
	<input type="checkbox"/> その他の移送費		
7 上記以外の療養費 (3~6以外)	円	8 療養補償請求金額 (3~7の合計額)	1,130 円
9 送金希望口座等	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する		
	個人番号		
	<input checked="" type="checkbox"/> 任意の口座を指定する		
	金融機関名	筑波銀行	本支店等名 水戸支店
口座種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号 1234567	
口座名義人	法人機関又は役職の名称(フリガナ) 〇〇調剤薬局 (マルマルチヨウザイ ヲウキョク) 氏名(フリガナ) 茨城 二郎 (イハシジロウ)		
<input type="checkbox"/> その他			
* 受理 (到達した年月日)	所属部局 年 月 日	任命権者 年 月 日	基金支部 年 月 日
* 決定金額 円	* 通知 年 月 日	* 支払 年 月 日	

[注意事項]

- 1 請求者は、\*
- 2 「認定番号」
- 3 「1 補償費
- 4 「5 看護料
- 5 「7 上記以
- 6 「9 送金希
- 7 「\*10 診療
- 8 「診療報酬点数
- 9 年月日の記載には元号を用いる。

●指定医療機関以外を受診し、精算を全額保留にしている場合

- ①上の色付き部分を被災職員が記載
- ②上の色付き部分以外の項目と3号紙を薬局に記入してもらう
- ③被災職員は1号紙と3号紙を任命権者(所属)を経由して基金へ請求

訪問看  
書を添  
けない  
る必要  
項を記



様式第6号

記入例3：全額負担または、共済組合員証を使用して3割負担した場合

1号紙

療養補償請求書

認定番号		〇〇〇〇-〇〇〇〇	
請求回数		第〇回(〇年〇月分)	
請求年月日		令和〇年〇月〇日	
請求者の住所		茨城県A市B1-2-3	
フリガナ氏名		キキン タロウ 基金 太郎	
地方公務員災害補償基金 茨城県 支部長 殿 下記の療養補償を請求します。			
1 受補償委任の費用の	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受領を.....に委任します。 受任者の { 医療機関等の名称..... 所在地..... 氏名(代表者名).....		
2 関被する職事員に	所属団体名	A市	フリガナ 基金 太郎
	所属部局名	〇〇部□□課△△係 (電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇)	氏名 基金 太郎 平成5年2月14日生(26歳)
	職名	主事 <input checked="" type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員	負傷又は発病の年月日 令和3年5月7日
3 診療費	内訳は「*10 診療費請求明細」欄記載のとおり		1,550 円
4 調剤費	内訳は「*11 調剤費請求明細」欄記載のとおり		1,130 円
5 看護料	<input type="checkbox"/> 訪問看護 内訳は「*12 訪問看護事業者の証明」欄記載のとおり		円
	年 月 日から	看護師の資格 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	円
6 移送費	片道	回	円
	往復		
7 上記以外の(3~7)	診断書費 3,000 円	8 療養補償請求金額 (3~7の合計額)	5,680 円
9 送金希望口座等	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する		
	個人番号		
	<input checked="" type="checkbox"/> 任意の口座を指定する		
	金融機関名	常陽銀行	本支店等名 県庁支店
口座種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号 1234567	
口座名義人	法人機関又は役職の名称(フリガナ)..... 氏名(フリガナ) 基金 太郎(キキン タロウ)		

被災職員本人が支払った費用を請求する場合、「補償費用の受領委任」欄の記載は不要。

公金受取口座か任意の口座いずれかにチェックを入れた上で記入(記載例は任意の口座)

被災職員の口座を記入

●指定医療機関・非指定医療機関を受診し、被災職員本人が費用を支払った場合

- ①上の色付き部分を被災職員が記載
  - ②2号紙(薬局は3号紙)を医療機関(または薬局)に記入してもらう
  - ③領収書を添付する(原本)
- 医療機関：1号紙+2号紙  
薬局：1号紙+3号紙

※共済組合証を使用した場合は、必ず各共済組合へ連絡してください。

\* 「\*10 診療費請求明細」欄記載のとおり  
\* 「\*11 調剤費請求明細」欄記載のとおり  
\* 「\*12 訪問看護事業者の証明」欄記載のとおり  
〔注〕  
1 療養補償請求書は、被災職員本人が記載する。被災職員本人が記載できない場合は、被災職員本人の同意を得た上で、被災職員本人の家族(配偶者、親、子、兄弟姉妹)が記載する。  
2 療養補償請求書は、被災職員本人が記載する。被災職員本人が記載できない場合は、被災職員本人の同意を得た上で、被災職員本人の家族(配偶者、親、子、兄弟姉妹)が記載する。  
3 「診療報酬点数により計算できないもの」の欄には、金額及びその明細(例えば診断書料、入院室料差額等)を記入すること。  
4 年月日の記載には元号を用いる。

*10 診療費請求明細				(職員氏名)						
傷病名	ア イ ウ			診療開始日	ア イ ウ	年 年 年	月 月 月	日 日 日		
初診	時間外・休日・深夜	回	点	診療期間		年 年	月 月	日から 日まで	診療 実日数	日
再診	再診 外来診療料 継続管理加算 外来管理加算 時間外 休日 深夜	× × × × ×	回 回 回 回 回	傷病の経過						
指導										日
在宅	往夜診 在宅診療									死亡
投薬										
注射										
処置										
手術・麻酔										
検査										
画像診断										
その他										
入院	入院 病・診・衣 入院基本料・加算	× × × × ×	日間 日間 日間 日間 日間							
	特定入院料・その他			食事						
	診療報酬点数表により計算できるもの	合計点数								
	診療報酬点数表により計算できないもの	診断書料・入院室料差額等								
	診療費請求合計額									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、診療に当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。)</p> <p>令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日</p> <p>診療機関の { 名称 ○○市○○町○○番地                  所在地 ○○整形外科                  医師の氏名 茨城 花子</p>										

**●本人が費用を支払った場合の2号紙について**

- 指定医療機関、非指定医療機関に作成を依頼してください。
- レセプトの添付でも構いません。  
ただし、レセプトで確認できない項目は記入してください。  
また、摘要欄に「レセプト添付」等と記入してください。
- 保険診療により本人負担3割の場合の「診療報酬点数表により計算できるもの」記載例  
 (合計点数) (1点単価) (領収額)  
 155 × 10 × 3割負担 = 470円
- 「診療報酬点数表により計算できないもの」の内訳がある場合は、摘要欄（又は添付のレセプト）に記入してください。

**本人が支払った費用を請求する場合は、  
医療機関の証明が必要です。**

