

公務（通勤）災害の補償を受けられる職員の方へ

※認定通知書が届いたら、療養補償の請求手続きを行ってください。

1 療養補償の請求方法

- ・認定通知書の写しを医療機関及び薬局へ提出します。
- ・公務（通勤）災害に認定された傷病については、組合員証や健康保険証は使用できません。すでに使用した場合は、すぐに医療機関の窓口にて使用していない状態に戻すよう公務（通勤）災害扱いへの切替えを依頼してください。
- ・療養補償は、指定医療機関であるか否か、薬局への支払い、自己負担した場合等により請求方法が異なります。認定通知書を受けたら、まず始めに、受診された医療機関等に、次の書類を提出してください。
 - ◎下記の【指定医療機関】で受診した場合
 - 1 認定通知書の写し
 - 2 様式第5号「療養の給付請求書」
 - ◎その他の医療機関で受診した場合、補装具代の請求をする場合
 - 1 認定通知書の写し
 - 2 様式第6号「療養補償請求書」1号紙 裏面が2号紙
 - ◎調剤費を請求する場合
 - 1 認定通知書の写し
 - 2 様式第6号「療養補償請求書」1号紙 裏面が3号紙

【指定医療機関】

1	山梨県立中央病院
2	山梨県立北病院
3	国立病院機構甲府病院
4	山梨大学医学部附属病院
5	日本赤十字社（山梨赤十字病院）
6	市立甲府病院
7	大月市立中央病院
8	富士吉田市立病院
9	韮崎市立病院
10	上野原市立病院
11	身延町早川町組合飯富病院
12	峡南医療センター企業団 富士川病院
13	北杜市立甲陽病院
14	北杜市立塩川病院
15	山梨病院
16	峡南医療センター企業団 市川三郷診療所

① 指定医療機関で受診する場合（P1【指定医療機関】に記載の山梨県内公立病院等）

- ・被災職員が「療養の給付請求書」（様式第5号）に必要事項を記入し、指定医療機関へ1回のみ提出します。
- ・指定医療機関から直接、基金支部へ請求されるため、以後、被災職員・所属での請求手続きは不要です。

現時点で、医療機関・薬局等へ治療費等を支払っていますか。

いいえ



受診医療機関は、指定医療機関ですか。

はい（「いいえ」はP3へ）



1 必要様式	「療養の給付請求書」（様式第5号）必要事項を記入して、認定通知書の写しと一緒に医療機関の窓口へ提出
2 添付書類	なし
3 ながれ	<p>① 被災職員 ↓ ↓ ② 指定医療機関 ↓ ↓ ③ 基金</p> <p>・「療養の給付請求書」記入例①指定医療機関で受診する場合（初回のみ提出） ・「療養の給付請求書」記入例のとおり ・振込先の記入</p>
4 基金へ請求書を送付する者	指定医療機関
5 基金からの支払い先	指定医療機関
6	認定された傷病のすべてが治ゆ（症状固定）した時は、すみやかに「治ゆ（症状固定）報告書」を所属経由で提出してください。（医師の証明は不要です）

② 指定医療機関以外で受診する場合、又は薬局で調剤を受ける場合
 (被災職員が治療費等の費用の受領を医療機関等へ委任(受領委任)する場合)

- ・被災職員及び医療機関(又は薬局)が「療養補償請求書」(様式第6号)に必要な事項を記入の上、任命権者を經由して基金支部へ提出します。
- ・基金支部では、医療機関(又は薬局)が指定する口座へ振込をします。

現時点で、医療機関・薬局等へ治療費等を支払っていますか。

いいえ(「はい」はP4へ)



受診医療機関は、指定医療機関ですか。

いいえ(「はい」はP2へ)



1 必要様式	「療養補償請求書」(様式第6号1号紙・裏面2号紙 薬局は裏面3号紙) 必要事項を記入して認定通知書の写しと一緒に医療機関又は薬局の窓口へ提出 【医療機関等に受領委任】
2 添付書類	なし(ただし、医療機関等が裏面2号紙、3号紙の記入に代えて別紙としてレセプト等とした場合は、レセプト等を添付することも可)
3 ながれ	<p>① 被災職員 ↓ ↓</p> <p>② 医療機関 又は薬局 ↓</p> <p>③ 被災職員 ↓</p> <p>④ 所属 ↓</p> <p>⑤ 基金</p> <p>・「療養補償請求書」記入例②指定医療機関以外で受診する場合又は薬局で調剤を受ける場合(受領委任)</p> <p>・上記以外の必要部分の記入(レセプトの添付でも可)</p> <p>・記載事項、添付書類の確認</p> <p>・記載事項、添付書類の確認</p>
4 基金へ請求書を送付する者	所属(任命権者)
5 基金からの支払い先	(受領委任を受けた)医療機関等
6 認定された傷病のすべてが治ゆ(症状固定)した時は、すみやかに「治ゆ(症状固定)報告書」を所属経由で提出してください。(医師の証明は不要です)	

③ 診療費等を自己負担した場合（補装具等の購入含む）

（医療機関又は薬局から領収書及び必要な証明等を受け取った場合）

- ・被災職員が「療養補償請求書」（様式第6号）に必要事項を記入し、医療機関又は薬局へ提出して「療養補償請求書」の裏面下に証明をしてもらいます。
- ・所属では、被災職員から「療養補償請求書」を受け取りましたら、記載事項、領収書、レセプト添付、医療機関等の証明等を確認していただき、任命権者を經由して基金支部へ提出してください。

現時点で、医療機関・薬局等へ治療費等を支払っていますか。

はい



支払い時、組合員証を使用していますか。
 （認定後、先に支払った自己負担分について、医療機関・薬局から返金を受ける場合は、前ページP2又はP3）

いいえ（全額自己負担している）



1 必要様式	「療養補償請求書」（様式第6号1号紙・裏面2号紙 薬局は裏面3号紙） 必要事項を記入して認定通知書の写しと一緒に医療機関又は薬局の窓口へ提出 【自己負担分を請求】
2 添付書類	領収書(原本)・レセプト・補装具代の請求は医師の【証明書】等 （医療機関等が裏面2号紙、3号紙の記入に代えて別紙としてレセプト等とした場合は、レセプト等を添付することも可）
3 ながれ	① 被災職員 ・「療養補償請求書」記入例③診療費等を自己負担した場合（補装具等の購入含む） ↓ ↓ ② 医療機関又は薬局 ・「療養補償請求書」の裏面下に証明をしてもらう ↓ ③ 被災職員 ・記載事項、添付書類の確認 ↓ ④ 所属 ・記載事項、添付書類の確認 ↓ ⑤ 基金
4 基金へ請求書を送付する者	所属（任命権者）
5 基金からの支払い先	被災職員
6	認定された傷病のすべてが治ゆ（症状固定）した時は、すみやかに「 治ゆ（症状固定）報告書 」を所属経由で提出してください。（医師の証明は不要です）

2 受診医療機関の変更

原則は、その傷病に応じた1か所の医療機関で受診してください。

ただし、医学上又は社会通念上必要と認められる場合に限り、転医が認められます。

その場合は、「転医報告書」により所属（任命権者）を經由して基金支部へ提出してください。

合理的な理由もなく医療機関を変更したり（転医）、同時に複数の医療機関で受診した場合は重複診療となるため、療養補償の対象とはなりません（自己負担）。慎重を期するため等の理由により、他の医療機関での再検査を希望する場合も、医学上の必要性が認められない場合は、療養補償の対象とはなりません。

※転医が認められる例

- ・被災場所近くの医療機関から、療養に適した専門医療機関もしくは自宅又は勤務先近くの医療機関へ転医する場合
- ・入院加療を受けていた医療機関を退院し、通院するため、専門医療機関もしくは自宅又は勤務先近くの医療機関へ転医する場合
- ・現在治療を担当している医師が、医療技術や施設・設備等の関係から、担当医師が紹介する医療機関へ転医する場合

3 療養を開始してから1年6か月を経過したとき

療養開始後1年6か月を経過した日において治ゆしていない場合は、長期療養者となり、同日後1か月以内に「療養の現状等に関する報告書」を基金支部へ提出することが義務付けられています。報告書に傷病の種類、経過、現状及び今後の見込み等について、医師の証明を受けて、所属を經由して基金支部へ提出してください。

4 傷病が治ゆしたとき「治ゆ（症状固定）報告書」の提出

認定された傷病のすべてが治ゆ（症状固定）したときは、すみやかに「治ゆ報告書」を所属（任命権者）を經由して基金支部へ提出してください。「治ゆ報告書」の提出に当たっては、「後遺障害が残った場合」を除き、主治医の診断書を添付する必要はありません。

※地方公務員災害補償制度において、治ゆとは、いわゆる「完全治ゆ」のほか、次の場合も治ゆとして取り扱っています。

(1)完全治ゆ

いっさいの医療措置を必要としなくなった全治、全快の状態。

(2)症状固定

一般的に認められている医療行為では現在の症状を将来に向かって軽減していく効果が期待できず、その医療行為を中止しても現在の症状が将来変化しないと見込まれる状態になったとき。

<症状固定の例>

頸椎捻挫、腰部捻挫等において、しびれ、痛み等の神経症状が残っていても、月に1～2回対症療法（一時的に痛みを抑えるだけの治療）だけを行う状態になったとき。

(3)急性症状消退

素因又は基礎疾患等を有していた者が公務（通勤）災害により、新たに発病した場合や症状を増悪させた場合において、急性期の痛み等の症状が消滅したとき。

<急性症状消退の例>

腰椎椎間板ヘルニア、腰椎分離症等の既往症又は基礎疾患のある職員が、腰痛を発症した場合において、慢性的な痛み等が残っているものの、急性期の痛みがなくなった状態となったとき。

治ゆ後、対症療法、計画観察等のため通院が必要な場合には、共済組合員証を使用して受診することとなります。

※治ゆ認定

「治ゆ報告書」の提出がない場合でも、相当長期にわたって療養を継続している被災職員については、基金支部が当該傷病の状況その他必要な事項の調査を行い、完全治ゆ又は症状が固定しもはや医療効果が期待し得ないと認められる場合には、治ゆと認定し、治ゆの年月日を明らかにした通知を被災職員に送付します。

治ゆ認定後に対症療法等を受ける場合については、共済組合員証を使用して受診することとなります。

基金において治ゆの認定をしないと事案が完結しませんので、必ず「治ゆ報告書」を提出してください。

5 障害補償の請求

傷病が治ゆ（症状固定）した際、地方公務員災害補償法第29条に規定する障害等級に該当する程度の障害がある場合は、基金支部へ障害補償を請求することができます。

医師と相談の上、該当すると思われる場合は、事前に基金支部へ連絡してください。

不明な点がございましたら、地方公務員災害補償基金山梨県支部までお問い合わせください。

〒400-8501 甲府市丸の内1丁目6-1
地方公務員災害補償基金山梨県支部（山梨県庁総務部職員厚生課内）
電話：055-223-1365

① 指定医療機関で受診する場合

すべて被災職員が記入し、指定医療機関へ1回のみ提出します。

様式第5号

療 養 の 給 付 請 求 書

		認 定 番 号	↓認定通知書から転記 〇〇-〇〇〇〇〇〇
地方公務員災害補償基金山梨県支部長 殿		請求年月日	令和〇年〇〇月〇〇日
下記の指定医療機関等における療養の給付を請求します。		請求者の住所	〇〇市〇〇町〇〇丁目 〇〇番地〇〇号
		ふりがな 氏 名	やまなし いちろう 山梨 一郎
1 被災 職員 に 関 す る 事 項	所属団体名	所属部局名	
	〇〇市	〇〇〇課	
	氏 名	職 名	主任 <input checked="" type="checkbox"/> 常 勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員
山梨 一郎		負傷又は 発病の 年 月 日	令和〇年〇〇月〇〇日
平成〇年〇〇月〇〇日生 (〇〇歳)			
2 療養を受けようとする 指定医療機関等	(新)	所在地	〇〇市〇〇町〇〇丁目〇〇番地〇〇号
		名 称	〇〇〇〇病院
	(旧)	所在地	
		名 称	
* 受 理 (到達した年月日)	所 属 部 局	任 命 権 者	基 金 支 部
	年 月 日	年 月 日	年 月 日
* 通 知	年 月 日	* 決 定	年 月 日 <input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 不支給

[注意事項]

- 1 請求者は、*印の欄には記入しないこと。また、該当する□にレ印を記入すること。
- 2 「2 療養を受けようとする指定医療機関等」の欄には、請求者が療養を受けようとする指定医療機関等の所在地及び名称を記入し、現在療養を受けている指定医療機関等を変更しようとする場合には、新旧の指定医療機関等の所在地及び名称を記入すること。
- 3 年月日の記載には元号を用いる。

②指定医療機関以外で受診する場合又は薬局で調剤を受ける場合（受領委任）

被災職員および医療機関（又は薬局）が必要事項を記入の上、所属を通じて基金支部へ提出します。

1ヶ月ごとに提出してください。基金支部では医療機関（又は薬局）が指定する口座へ振込をします。

様式第6号

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（令和〇年 〇〇月分）
地方公務員災害補償基金 山梨県 支部長 殿 下記の療養補償を請求します。		請求年月日	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
		請求者の住所	〇〇市〇〇町〇〇丁目〇〇
		フリガナ 氏名	ヤマナシ イチロウ 山梨 一郎
1 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 委任者の氏名 〇〇〇病院 に委任します。 山梨 一郎		
	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 所在地 氏名（代表者名）	〇〇〇〇病院 〇〇市〇〇町〇〇丁目〇〇 〇〇 〇〇	
2 関被災 する職 事員に	所属団体名	〇〇市	フリガナ ヤマナシ イチロウ
	所属部局名 (電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇)	〇〇課	氏名 山梨 一郎
	職名 主任 <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 令和〇年 〇〇月 〇〇日
3 診療費	内訳は「*10 診療費請求明細」欄記載のとおり		〇,〇〇〇 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	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	交通費	片道 回	円
	から まで km 往復		円
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) 〇,〇〇〇 円
9 送金希望 口座等	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する <input checked="" type="checkbox"/> 任意の口座を指定する		
	個人番号	<input type="checkbox"/> 〇〇銀行 本支店等名 〇〇支店 <input checked="" type="checkbox"/> 〇〇〇〇〇〇 〇〇〇〇〇〇 <input type="checkbox"/> 〇〇〇〇〇〇 〇〇〇〇〇〇 口座番号 〇〇〇〇〇〇 口座名義人 法人機関又は役職の名称（フリガナ） 〇〇〇〇〇〇 氏名（フリガナ） 〇〇〇病院	
	※7桁の口座番号とフリガナを正確に記入してください。		
	その他		
* 受理 (到達した年月日)	所属部局	任命権者	基金支部
	年 月 日	年 月 日	年 月 日
* 決定金額	円	* 通知	年 月 日
		* 支払	年 月 日

被災職員が記入してください。

医療機関で記入してください。

被災職員が記入してください。

医療機関で記入してください。

【注意事項】

- 請求者は、*印の欄には記入しないこと。また、該当する口にレ印を記入すること。
- 「認定番号」の欄は、1回目の請求においては、記入する必要はないこと。
- 「1 補償費用の受領委任」の欄は、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すること。
- 「5 看護料」及び「6 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。
- 「7 上記以外の療養費（3～6以外）」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、併せてその領収書及び明細書を添付すること。
- 「9 送金希望口座等」の欄は、公金受取口座への送金を希望する場合は、送金先金融機関名等の口座登録情報を記入する必要はないこと。なお、「法人機関又は役職の名称」については、個人名義の場合は記入不要であること。
- 「*10 診療費請求明細」、「*11 調剤費請求明細」又は「*12 訪問看護事業者の証明」の欄の記入に代えて同様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してもよいこと。
- 「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。
- 年月日の記載には元号を用いる。

- ・裏面は医療機関が記入します。（レセプト添付でも可）
- ・薬局で調剤を受ける場合は、3号紙を使用してください。
- ・受領委任の場合は、下段の「医療機関の証明」は不要です。

医療機関
(受領委任)

2号紙

*10 診療費請求明細				(職員氏名) 山梨 一郎												
傷病名	ア	※認定傷病名を 記入してください。		診 療	令和〇	年	〇	月	〇	日						
	イ			診 療	イ	年	月	日								
ウ	開始日			ウ	年	月	日									
初 診	時間外・休日・深夜	回	点	診 療	令和〇	年	〇	月	〇	日から						
再 診	再 診	〇	×	〇	回	診 療	令和〇	年	〇	月	〇	日まで	診 療	〇	日	
	外 来 診 療 料	×	×	回	傷病の経過	※傷病の経過を必ず記入してください。										
	継 続 管 理 加 算	×	×	回												
	外 来 管 理 加 算	×	×	回												
	時 間 外	×	×	回												
	休 日	×	×	回												
深 夜	×	×	回													
指 導				転 帰	令和	〇	年	〇	月	〇	日					
在 宅	夜 間	回	回	治 癒	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	
	深 夜 ・ 緊 急	回	回	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	
	住宅患者訪問診察	回	回	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	
	その他	回	回	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	
投 薬	内服	〇	×	〇	単 位	※「別添へ記載のとおり」と記入し、 レセプトを明細として添付してもか まいません。										
	調 剤	〇	×	〇	回											
	〇	×	〇	回												
	〇	×	〇	回												
外用	〇	×	〇	単 位												
調 剤	〇	×	〇	回												
〇	×	〇	回													
〇	×	〇	回													
処方	〇	×	〇	回												
麻 毒	〇	×	〇	回												
調 基	〇	×	〇	回												
注 射	皮 下 筋 肉 内	回	回	※診断書料及び治療材料費は非課税とし、 請求額には消費税は含めないでください。												
	静 脈 内	回	回													
	そ の 他	回	回													
処 置	薬 剤	回	回	※公務災害では「療養の給付請求書取扱料」 の算定はできません。												
	薬 剤	回	回													
手術・ 麻 酔	薬 剤	回	回													
検 査	薬 剤	回	回													
画 像 断	薬 剤	回	回													
その他																
入 院	入 院 年 月 日	年	月	日												
	病 ・ 診 ・ 衣	入院基本料・加算	×	日間												
			×	日間												
			×	日間												
			×	日間												
	特定入院料・その他	×	日間													
診療報酬点数表により計算できるもの	合計点数	〇〇	×	〇〇	1点単価	円	×	日間								
	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			円	×	日間									
	診療費請求合計額					円	×	日間								
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。)																
年 月 日 診療機関の { 名 称 所 在 地 医師の氏名																
記入不要																

医療機関で記入

③診療費等を自己負担した場合（補装具等の購入含む）

被災職員及び医療機関（又は薬局）が必要事項を記入、療養補償請求書の裏面下に証明をしてもらい、**領収書（原本）を添付し、任命権者を經由して**基金支部へ提出します。基金支部では、被災職員が指定する口座へ振込をします。

様式第6号

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（令和〇年 〇〇月分）		
地方公務員災害補償基金 山梨県 支部長 殿 下記の療養補償を請求します。		請求年月日	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日		
		請求者の住所	〇〇市〇〇町〇〇丁目〇〇		
		フリガナ 氏名	ヤマナシ イチロウ 山梨 一郎		
1 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 _____ 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	医療機関等の名称	_____		
		所在地	_____		
		氏名（代表者名）	_____		
※自己負担した場合は、必ず領収書(原本)を添付してください。 補装具については、補装具着用証明書も併せて添付してください。					
2 関被する職 事員に	所属団体名	〇〇市		フリガナ	ヤマナシ イチロウ
	所属部局名 (電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇)	〇〇課		氏名	山梨 一郎
	職名	主任	<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	令和〇年 〇〇月 〇〇日
3	診療費	内訳は「*10 診療費請求明細」欄記載のとおり		〇,〇〇〇円	
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	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	年間	看護師の資格	円
6	移送費	交通費	から	まで	片道 回 往復
		その他の移送費	円		
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)	〇,〇〇〇円
9 送金希望 口座等	公金受取口座を利用する				
	個人番号 _____				
	任意の口座を指定する				
	金融機関名	〇〇銀行		本支店等名	〇〇支店
口座種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		口座番号	〇〇〇〇〇〇	
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）		ヤマナシ イチロウ 山梨 一郎		
その他 _____					
※7桁の口座番号とフリガナを正確に記入してください。					
* 受理	所属部局		任命権者		基金支部
(到達した年月日)	年	月	日	年	月
* 決定金額	円	* 通知	年	月	日
			年	月	日

被災職員が記入してください。

記入不要

被災職員が記入してください。

被災職員が自己負担した費用を記入してください。

被災職員の振込口座を記入してください。

※7桁の口座番号とフリガナを正確に記入してください。

〔注意事項〕

- 1 請求者は、*印の欄には記入しないこと。また、該当する□にレ印を記入すること。
- 2 「認定番号」の欄は、1回目の請求においては、記入する必要はないこと。
- 3 「1 補償費用の受領委任」の欄は、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すること。
- 4 「5 看護料」及び「6 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。
- 5 「7 上記以外の療養費（3～6以外）」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、併せてその領収書及び明細書を添付すること。
- 6 「9 送金希望口座等」の欄は、公金受取口座への送金を希望する場合は、送金先金融機関名等の口座登録情報を記入する必要はないこと。なお、「法人機関又は役職の名称」については、個人名義の場合は記入不要であること。
- 7 「*10 診療費請求明細」、「*11 調剤費請求明細」又は「*12 訪問看護事業者の証明」の欄の記入に代えて同様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してもよいこと。
- 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。

- ・裏面は医療機関が記入します。(レセプト等添付でも可)
- ・薬局で調剤を受ける場合は、**3号紙**を使用してください。
- ・下段の医療機関の証明を記入してもらいます。

医療機関
(自己負担した場合)

2号紙

*10 診療費請求明細		(職員氏名) 山梨 一郎									
傷病名	ア	年	月	日							
	イ	年	月	日							
	ウ	年	月	日							
初診	時間外・休日・深夜	回	点								
再診	再診	×	回								
	外来診療料	×	回								
	継続管理加算	×	回								
	外来管理加算	×	回								
	時間外	×	回								
	休日	×	回								
	深夜	×	回								
指導											
在宅	往診	回									
	夜間	回									
	深夜・緊急	回									
	住宅患者訪問診察	回									
	その他	回									
投薬	内服	薬調剤	○	×	○	単位					
		薬調剤				回					
	屯服	薬調剤		×		単位					
		薬調剤				回					
	外用	薬調剤		×		単位					
	薬調剤				回						
	処方	○	×	○	回						
	麻毒調基				回						
注射	皮下筋肉内	回									
	静脈内	回									
	その他	回									
処置	薬	回									
手術・麻酔	薬	回									
検査	薬	回									
画像診断	薬	回									
その他											
入院	入院年月日	年	月	日							
	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	基準									
		円	×	日間							
		円	×	日間							
		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									
		○○点	×	○○	○, ○○○ 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				○, ○○○ 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 style="text-align: center;">令和○年 ○月 ○日</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; margin-right: 10px;"> <p style="color: red; margin: 0;">自己負担分を請求する場合は必ず記入</p> </div> <div style="margin-left: 20px;"> <p>診療機関の</p> <table style="border: none;"> <tr> <td style="border: none;">名称</td> <td style="border: none;">医療法人○○会○○病院</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">所在地</td> <td style="border: none;">○○市○○町○○番地</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">医師の氏名</td> <td style="border: none;">○○ ○○</td> </tr> </table> </div> </div>						名称	医療法人○○会○○病院	所在地	○○市○○町○○番地	医師の氏名	○○ ○○
名称	医療法人○○会○○病院										
所在地	○○市○○町○○番地										
医師の氏名	○○ ○○										

医療機関で記入

※傷病の経過を必ず記入してください。

※「別添へ記載のとおり」と記入し、レセプト等を明細として添付してもかまいません。

※診断書料及び治療材料費は非課税とし、請求額には消費税は含めないでください。

※公務災害では「療養の給付請求書取扱料」の算定はできません。

