

【様式一覧】

	様 式	名 称
1	様式第 5 号	療養の給付請求書（指定医療機関）
2	様式 6 号（裏面 2 号紙）	療養補償請求書（指定医療機関以外の医療機関）
	様式 6 号（裏面 3 号紙）	療養補償請求書（薬局）
3	支部様式 1 2	転医報告書
4	支部様式 1 7	治ゆ（症状固定）報告書
5	支部様式 2 0	治療材料必要証明書

<留意事項>

※主要な様式のみ掲載します。その他の様式はホームページにも掲載しています。

※原則として書類への押印は不要としていますが、一部押印が必要なものもあります。

※療養の給付請求書（様式第 5 号）は、指定医療機関から直接基金へ提出されます。

他の請求書・書類については、所属及び任命権者において、補償の管理記録をする
必要がありますので、書類は必ず所属、任命権者経由で提出してください。

様式第5号

療養の給付請求書

		認定 番号	
地方公務員災害補償基金山梨県支部長 殿 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。		請求年月日	年 月 日
		請求者の住所	
		ふりがな	
		氏 名	
1 被災職員に関する事項	所属団体名	所属部局名	
	氏 名	職 名	
	年 月 日生 (歳)	<input type="checkbox"/> 常 勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員	
		負傷又は 発病の 年 月 日 年 月 日	
2 療養を受けようとする 指定医療機関等	(新)	所在地	
		名 称	
	(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。

療養補償請求書

		認定番号	-	
		請求回数	第 回	(年 月分)
地方公務員災害補償基金		請求年月日 年 月 日		
山梨県 支部長 殿		請求者の住所		
下記の療養補償を請求します。		フリガナ 氏 名		
1 受補償委任者の	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支払を請求します。			
	受任者の { 医療機関名称 所在地 氏名(代表者名)			
2 関被する職事員に	所属団体名		フリガナ	
	所属部局名 (電話番号)		氏 名	
	職 名 <input type="checkbox"/> 常 勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員		負傷又は発病の年月日 年 月 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 日	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 日間	看護師の資格 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		円
6 移 送 費	<input type="checkbox"/> 交通費 km <input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復 回			円
	<input type="checkbox"/> その他移送費			
7 上記以外の療養費 (3~6以外)	円	8 療養補償請求書金額 (3~7の合計額)	円	
9 送金希望口座等	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する (個人番号は公金受取口座を利用する場合のみ記載してください。)			
	個人番号			
	<input type="checkbox"/> 任意の口座を指定する			
	金融機関名		本支店等名	
口座種別 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		口座番号		
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)		
<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、*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。なお、本様式の取扱手数料は発生しません。
- 9 年月日の記載には元号を用いる。

※本様式は被災職員が任命権者経由で提出する書類です。(被災職員 ⇒ 所属 ⇒ 任命権者 ⇒ 基金)

*10 診療費請求明細				(職員氏名)							
ア 傷病名 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	月	日	から 日まで	診療 実日数	日	
再診	再診	×	回	傷病の 経過							
	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				転帰	年 月 日						
在宅	往診	回		治ゆ	継続	転医	中止	死亡			
	夜間	回		摘要							
	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							
	屯服		×	単位							
	外用	薬調剤	×	単位							
			処方	×							回
麻毒基		×	回								
注射	皮下筋肉内	回									
	静脈内	回									
	その他	回									
処置	薬剤	回									
	薬剤	回									
手術・麻酔	薬剤	回									
	薬剤	回									
検査	薬剤	回									
画像診断	薬剤	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		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>年 月 日</p> <p>診療機関の { 名称 所在地 医師の氏名</p>											

(支部様式12)

転医報告書

年 月 日

地方公務員災害補償基金山梨県支部長 殿

被災職員 所属
氏名

次のとおり転医したいので報告します。

認定番号	
災害発生日時	年 月 日 時 分頃
認定傷病名	
現在受診している医療機関等	住所 名称
転医を希望する医療機関等	住所 名称
転医希望日	年 月 日
転医理由 <input type="checkbox"/> 医療上の必要（医師の指示）による転医 医師から指示・説明を受けた内容を具体的に記載 〔 〕 <input type="checkbox"/> 自宅からの通院に便利な医療機関への転医 （自宅住所： ） <input type="checkbox"/> 勤務先からの通院に便利な医療機関への転医 （勤務先住所： ） <input type="checkbox"/> その他 理由 〔 〕	
年 月 日 地方公務員災害補償基金山梨県支部長 殿 上記のとおり転医したいので報告します。 所属部局長 部局名 職 名 氏 名	

※転医を希望する場合は、あらかじめ本書を提出してください。自己の判断による転医や重複診療は、原則として必要な療養とは認められず、療養補償を受けられない場合があります。

転医について

転医は、医療上の必要性、又は、勤務上の必要性等社会通念上妥当と認められる場合に限り認められます。

応急手当の場合を除き、原則として自宅又は勤務先の近くで、かつ、その傷病に応じた1カ所の医療機関で受診してください。

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
- ・療養の経過上、担当医師が医療技術や施設・設備等の関係から、他の医療機関へ転医させる場合

次の場合は療養補償が認められない場合があります

- ・医療上又は通勤上必要と認められない自己都合によって転医した場合
- ・同一の傷病に対して、医学上の必要性がないにも関わらず、同時に複数の医療機関で受診した場合（重複診療）

ご注意ください

- ・転医先の医療機関には、認定傷病名を必ず伝えること
- ・転医元と転医先で傷病名が異なる場合は、速やかに所属担当者に相談すること
- ・認定請求前に転医する場合は、上記要件を確認の上、疑義がある場合は、所属担当者に相談すること

治ゆ(症状固定)報告書

		認定番号	-	
		年 月 日		
地方公務員災害補償基金山梨県支部長 殿				
被災職員 所属団体名				
部 局 名				
氏 名				
下記のとおり、 <input type="checkbox"/> 治 ゆ <input type="checkbox"/> 症状固定 しましたので報告します。				
災害発生年月日	年 月 日			
認定傷病名				
治ゆ(症状固定)年月日(注)2	年 月 日 ※治ゆ(症状固定)日と下記の最終通院日が異なる場合はその理由を記入してください。			
受診医療機関等 記入欄が不足の場合は別紙としてください。	病(医)院・薬局名		最終通院日	
			年 月 日	
			年 月 日	
療養補償請求の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	有の場合	未請求の受診医療機関等名	
			未請求期間	年 月 日分から 年 月 日分まで
残存障害の有無(注)3	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	障害補償請求の意向	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	有の場合その部位と程度(状況)を記入してください。			
上記のとおり相違ないことを証明します。				
年 月 日				
所属部局長 部局名				
職 名				
氏 名				

(注)1 この報告書は、主治医の診断に基づいて、認定傷病が全て治ゆ(症状固定)したときに所属機関を経由して支部長あてに速やかに提出してください。

2 「治ゆ」とは、完全治ゆのみではなく、症状が固定し、もはや医療効果が期待できなくなった状態を含みます。

3 「残存障害の有無」の欄は、傷病が治ゆ(症状固定)したときに、地方公務員災害補償法施行規則別表第3に定める程度の障害があると主治医に診断された場合のみ記入してください。

治ゆ(症状固定)について

○治ゆ(症状固定)の考え方

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

症状固定・・・医学上認められる治療方法では、もはや医療効果が期待できない状態

したがって、療養を継続しても、それ以上は症状の改善が見込めない状態となった場合は、たとえ疼痛などの残存症状が残り、それに対する対症療法(一時的に痛みを抑えるだけの治療等)が行われていても、当該傷病は「治ゆ(症状固定)」したこととなり、療養補償の対象とはなりません。

(例)

- ・骨折や捻挫などで、しびれや痛みの神経症状は残っているが、対症療法だけを行う状態になったとき。
- ・素因又は基礎疾患(椎間板ヘルニア、腰椎分離症、すべり症など)のある職員が、公務により腰痛等を発症又は増悪したとして認定された場合、急性期の痛みがなくなり、慢性的な痛みが残っている状態となったとき。

○治ゆ(症状固定)の報告

認定された傷病のすべてが治ゆ(症状固定)した時は、「治ゆ(症状固定)報告書」を任命権者を經由して基金支部へ提出してください。

※治ゆ(症状固定)後の対症療法や経過観察等については、共済組合員証・健康保険証で受診することとなります。

※治ゆ(症状固定)の際、残存障害がある場合は、「治ゆ(症状固定)報告書」と併せて、「残存障害診断書」(支部に様式があります。)を提出してください。

※残存障害診断書が提出された場合、「被災職員」・「被災時の所属部局」・「主治医」に対して障害認定に伴う資料などの提出を依頼することがあります。

○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、地方公務員災害補償法施行規則別表第3に定める程度の障害があると思われる場合は、事前に基金支部へ連絡するとともに、次の書類を提出してください(支部から様式を送付します)。

- ・障害補償請求書(支部から様式を送付)
- ・残存障害診断書(支部から様式を送付、治ゆ(症状固定)報告書と併せて提出)
- ・その他必要な添付資料(レントゲン写真、写真など)

(支部様式20)

治療材料必要証明書

- ・ コルセットや固定装具の購入費用、松葉杖の賃借料等について、医師が治療上必要と認めたもの又は直接治療に関係があると認められるものは、療養補償の対象となります。
- ・ これらの費用を自己負担（業者から直接購入）された場合は、この様式により治療上必要がある旨記載された医師の証明を受けたうえ、療養補償請求書、領収書とともに提出してください。
なお、公務災害による療養は非課税扱いとなりますので、当該費用にかかる請求額には消費税が入っていないことを確認のうえお支払ください。
- ・ なお、自己負担がない場合（医療機関が直接支給する場合）は、指定医療機関（県内国公立病院）であれば病院が基金支部へ直接請求、それ以外の医療機関であれば受領委任により基金支部へ請求することになるため、領収書及び医師の証明書を添付する必要はありません。

			認定番号	
被災職員	所属団体名		認定 傷病名	
	部局名			
	氏名			
(必要である理由)				
上記の者については、 _____ のため、				
(治療材料名)				
_____ の使用が必要であることを証明します。				
年 月 日				
所在地				
診療機関の名称				
医師の氏名				