様式第６号

１号紙

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
沖縄県　支部長　殿

下記の療養補償を請求します。

請求年月日　令和　　年　　月　　日

請求者の住所

フリガナ
氏　　名

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）｝	
2 被災する職員に関する事項	所属団体名	フリガナ 氏　　名 年　月　日生（　歳）
	所属部局名　（電話番号　　）	
	職　名　☐常勤　☐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　看護師の資格 ☐有 ☐無	円
6 移送費	☐交通費　☐片道 から　まで　km　☐往復　回	円
	☐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）　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　本支店等名 口座種別　☐普通　☐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）	
	☐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	＊通知	＊支払
円	年　月　日	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。