

I. 指定医療機関への支払

様式第5号

療養の給付請求書				認 定 番 号		〇〇-〇〇〇〇	
地方公務員災害補償基金 熊本県 支部長 殿				請求年月日 令和〇 年 〇 月 〇 日			
請求者の住所 〇〇市〇〇町〇〇-〇〇 〇〇アパート〇〇号室							
フリガナ 氏 名 クマモト タロウ 熊本 太郎							
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。							
1 被災職員に 関する事 項	所属団体名 熊本県			フリガナ クマモト タロウ			
	所属部局名 人事課			氏 名 熊本 太郎			
	職 名 主事 ☐ 常 勤 ☐ 令第1条職員			負傷又は発病の年月日 平成〇 年 〇 月 〇 日生 (〇 歳) 令和6 年 1 月 9 日			
2 療養を受けようとする 指定医療機関等	(新)	名 称	熊本市中央区水前寺6丁目18-2				
		所在地	熊本病院				
	(旧)	名 称					
		所在地					
* 受 理		基 金 支 部					
(到達した年月日)		年 月 日					
* 決 定		年 月 日 ☐ 支給 ☐ 不支給		* 通 知		年 月 日	

- 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名称及び所在地を記入し、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名称及び所在地を記入すること。
- 3 年月日の記載には元号を用いる。

被災職員記入

医療機関記入

支部様式第22号

地方公務員災害補償基金 熊 本 県 支 部 長 様			
下記の療養費を請求します。			
令和〇年〇月〇日			
指定医療機関の	郵便番号	862-8570	
	所 在 地	熊本市中央区水前寺6丁目18番2号	
	名 称	熊本病院	
	氏 名	熊本 花子	
	電 話	096-123-456	
請求金額		23,500 円	
(請求金額の内訳は別添内訳書のとおり) *注1(3)			
*負傷又は発病年月日	令和6年1月9日	*認 定 番 号	〇〇-〇〇〇〇
*所 属 部 局	熊本県総務部人事課	*被災者氏名	熊本 太郎
傷病の経過	カマで右膝に受傷。外来にて縫合処置と創傷処置を行った。令和△年△月△日治療		
転帰	令和6年1月20日		
(該当事由に○印を記入ください)	治ゆ	○	継続
	転医		中止
	死亡		
送 金 先	振込先金融機関名	肥後 銀行 県庁 支店	
	預 金 科 目	☒ 普通預金No. 9999999 ☐ 当座預金No.	
	フリガナ	クマモトヒロウイン インチョウ クマモトハナコ	
	預 金 名 義	熊本病院 院長 熊本花子	

- 注1 医療機関の方へ
- (1)この請求書は、公務上又は通勤より負傷し又は疾病にかかった地方公務員が診療を受ける際に使用するものです。なお、療養に要した費用は、地方公務員災害補償基金熊本県支部から口座振替の方法により直接支払いますので本人には請求しないでください。
- (2)地方公務員災害補償法に基づく療養補償に対する消費税は非課税となります。
- (3)請求の際は、通常使用されている診療費請求内訳書の写しを添付してください。
- (4)傷病の経過及び転帰の欄は、必ず記入してください。
- (5)請求に当たり疑義のある場合は、地方公務員災害補償基金熊本県支部 (TEL096-383-2052) にお問い合わせください。
- 2 被災職員(所属事務担当者)へ
- (1)この請求書用紙は、国立病院機構熊本医療センター、国立病院機構再春医療センター、国立病院機構熊本南病院、国立病院機構菊池病院、国立療養所菊池恵楓園、熊本労災病院、熊本中央病院、済生会熊本病院、済生会みすみ病院、熊本赤十字病院、日本赤十字社熊本健康管理センター、熊本総合病院、人吉医療センター、天草中央総合病院で受診する場合にのみ使用してください。
- (2)*印欄は、被災職員(所属担当者)が記入してください。
- (3)初診の際は、この用紙のほかに療養の給付請求書(様式第5号)を必ず提出してください。

Ⅱ. 非指定医療機関への支払

医療機関分

・・・被災職員記入

・・・医療機関記入

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

請求回数 第1回 (R6年1月分)

請求年月日 令和〇年〇月〇日

請求者の住所 〇〇市〇〇町〇〇-〇〇 〇〇アパート〇〇号室

フリガナ クマモト タロウ

氏名 熊本 太郎

この請求書による療養補償の費用の受領を 熊本病院 に委任します。

委任者の氏名 熊本 太郎

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。

受領償委任用の受任者の { 医療機関等の名称 熊本市中央区本館寺6丁目18番2号

{ 所在地 熊本病院

{ 氏名 (代表者名) 熊本 花子

所属団体名 熊本市 所属部局名 熊本市人事課 (電話番号 096-333-2052) 職名 主事 常勤 令和6年1月9日

診療費 内訳は「*10 診療費請求明細」欄記載のとおり 28,860 円

調剤費 内訳は「*11 調剤費請求明細」欄記載のとおり 円

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 日間 (看護師の資格) 有 無

交通費 片道 往復 円

その他の移送費 円

上記以外の療養費 (3~6以外) 円 療養補償請求金額 (3~7の合計額) 28,860 円

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 郵便銀行 本支店名 県庁支店 口座種別 普通 口座番号 1234567 口座名義人 熊本病院 院長 (クマモトヒロユイン インチョウ) 氏名 (フリガナ) 熊本花子 (クマモトハナコ) その他

*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 日 年 月 日

*決定金額 円 *通知 年 月 日 *支払 年 月 日

被災職員記入

(2号紙)

*10 診療費請求明細 (職員氏名) 熊本 太郎

傷病名 ア 右膝切創 診療開始日 令和6年1月9日

初診 時間外・休日・深夜 回 点 診療期間 令和6年1月9日から 令和6年1月20日まで 診療実日数 5日

再診 再 診 外 来 診 療 料 回 回 継続管理加算 回 回 外 来 管 理 加 算 回 回 時 間 外 回 回 休 日 回 回 深 夜 回 回

指導 往 診 回 回 夜 間 回 回 深 夜 ・ 緊 急 回 回 住宅患者訪問診療 回 回 其 他 回 回 薬 剤 回 回

在宅 内服 薬 剤 回 回 調 剤 回 回 屯服 薬 剤 回 回 調 剤 回 回 外用 薬 剤 回 回 調 剤 回 回 処 方 回 回 麻 毒 回 回 調 基 回 回

注射 皮下 筋 肉 内 回 回 静 脈 内 回 回 其 他 回 回

処置 薬 剤 回 回 3 回 135 回

手術・麻酔 薬 剤 回 回 1 回 1250 回 22 回

検査 薬 剤 回 回

画像診断 薬 剤 回 回

その他 68 回

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 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 1,475 点 × 12 円 17,700 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 11,160 円

診療費請求合計額 28,860 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が療養補償の費用の受領を委任する場合は不要です。)

年 月 医療機関の証明は不要です

診療機関の { 所在地 医師の氏名

Ⅲ. 被災職員への支払

様式第6号

療養補償請求書		認定番号	〇〇-〇〇〇〇	
		請求回数	第 1 回	(R6 年 1 月分)
地方公務員災害補償基金 熊本市 支部長 殿		請求年月日	令和〇 年 〇 月 〇 日	
下記の療養補償を請求します。		請求者の住所	〇〇市〇〇町〇〇-〇〇 〇〇アパート〇〇号室	
		フリガナ	クマモト タロウ	
		氏 名	熊本 太郎	
1	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 記入不要です 上記委任に基づき、この請求書に 受任者の氏名 所在地 氏名 (代表者名)			
2	所属団体名 熊本市 被補償者 所属部局名 (電話番号 096-333-2052) 職 名 主事		フリガナ クマモト タロウ 氏 名 熊本 太郎 平成〇 年 〇 月 〇 日生 (〇 歳) 勤 務 負傷又は発病の年月日 令和6 年 1 月 9 日	
3	診療費	内訳は「*10 診療費請求明細」欄記載のとおり		28,860 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 年 月 日から 年 月 日まで 日間 看護士の資格 有 無		円
6	移送費	交通費 片道 往復 円 その他の移送費 円		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)	28,860 円
9	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 〇〇市支店 口座種別 普通 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) 熊本 太郎 (クマモトタロウ) その他			
*受 理	所 属 部 局	任 命 権 者	基 金 支 部	
(列記した年月日)	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
*決 定 金 額	円	*通 知	年 月 日	*支 払 年 月 日

[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□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、入院料に食事を含まない場合の食料費及び「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。

被災職員記入

医療機関の証明が必要

医療機関分

被災職員記入
医療機関記入

(2号紙)

*10 診療費請求明細		(職員氏名) 熊本 太郎	
傷病名	ア 右膝切創 イ ウ	診療開始日	令和6 年 1 月 9 日
初診	時間外・休日・深夜 回 点	診療期間	令和6 年 1 月 9 日から 令和6 年 1 月 20 日まで 診療実日数 5 日
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	傷病の経過	
指導		転 帰	令和6 年 1 月 20 日 治癒 継続 転医 中止 死亡
在宅	往 診 回 夜 間 回 深 夜 ・ 緊 急 回 住宅患者訪問診療 回 その 他 回 薬 剤 回	摘 要	
投 薬	内服 { 薬 剤 単位 調 剤 × 回 単位 外用 { 薬 剤 × 回 調 剤 × 回 単位 処 方 × 回 麻 毒 × 回 調 基 回	40 創傷処置(100ml未満) 45×3 50 手術9日 創傷処置(筋肉・臓器に達する)直径5cm未満 1250×1 キシロカイン注ボリアンプ1%10ml 11管 生食液PL「フソー」500ml 1瓶 22×1 80 処方せん料(その他) 68×1 【診療報酬点数により計算できないもの】 初診料 3,640円 再診料 1,380×4=5,520円 診断書料 2,000円	
注 射	皮下 筋肉 内 回 静 脈 内 回 そ の 他 回		
処 置	3 回 135		
手術・麻酔	1 回 1250 22		
検 査	回		
画 像 診 断	回		
その他	68		
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	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	17,700 円
診療報酬点数により計算できないもの		1,475 点 × 12 円	11,160 円
診療費請求合計額			28,860 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に療養補償の費用の受領を委任する場合は不要です。)			
令和6 年 2 月 10 日		名 称 熊本病院	
診療機関の		所 在 地 熊本市中央区本町6丁目18番2号	
		医師の氏名 熊本 花子	

薬局分

被災職員記入

薬局記入

様式第6号

1号紙

療養補償請求書

認定番号
00-0000

請求回数
第1回(R6年1月分)

請求年月日
令和0年0月0日

請求者の住所
00市00町00-00 00アパート00号室

フリガナ氏名
クマモト タロウ
熊本 太郎

地方公務員災害補償基金
熊本県 支部長 殿

下記の療養補償を請求します。

1

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
に委任します。

受補償
領償
委任
用の
受任者の氏名
氏名(代表者名)

上記委任に基づき、この請求書に添付する
医療機関等の名称
所在地
氏名(代表者名)

記入不要です

2

所属団体名 熊本県
所属部局名 熊本県庁
(電話番号 096-333-2052)

フリガナ氏名
クマモト タロウ
熊本 太郎

平成0年0月0日生(0歳)

職名 主事
常勤
令第1条職員

令和6年1月9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

2,260 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

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 往復
から まで km

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)

2,260 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 熊本銀行 本支店等名 県庁支店
口座種別 普通 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) 熊本 太郎 (クマモトタロウ)

その他

*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 日

年 月 日

*決定金額

円

*通知

年 月 日

*支払

年 月 日

被災職員記入

薬局の証明が必要

- [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料費及び「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があること。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。

(3号紙)

*11 調剤費請求明細

(職員氏名) 熊本 太郎

処方せんを交付した診療機関の名称
熊本薬局

所在地
熊本市中央区水前寺6丁目18番3号

担当医氏名
1. 熊本 花子
2.
3.
4.

調剤期間
令和6年1月9日から 令和6年1月9日まで 1日間 調剤実日数 1日

医師番号

処方月日

調剤月日

処方
医薬品名・規格・
用量・剤型・用法

単位
薬剤料

調剤
数量

調剤報酬点数
薬剤調整料
調剤管理料

薬剤料

加算料

1 9 1 9

ロキソニン錠 3錠
ダーゼン10mg錠 3錠
コバルノンカプセル 3Cap
内服 分3 朝・昼・夕食後

17 点

7

35 点

119 点

後発2 点

処方せん受付回数

回

摘要

調剤基本料(点)

時間外加算等(点)

指導料(点)

合計点数

40

30

226 点

合計金額

2,260 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、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。)

令和6年2月10日

薬局の
名称 熊本薬局
所在地 熊本市中央区水前寺6丁目18番3号
薬剤師の氏名 熊本 一郎