|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **地方公務員災害補償****療養補償請求書****（柔道整復）** | 請求回数 | 第　　　　　回 |
| 認定番号 |  |
| 地方公務員災害補償基金青森県支部長　殿下記の療養補償を請求します。 | 請求年月日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 請求者の住所 |  |
| 氏名 |  |  |
| （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。 |
|  | 氏名 |  |  |
| （委任に基づく支払請求）　上記委任に基づき、この請求書による療養補償の支払を請求します。 |
|  | 支払請求者の住所 |  |
|  | 氏名 |  |  |
| 1　所属団体名 |  | 2　所属部局名 |  |
| 3　氏名 |  | 4　職名 |  |
| 年　　月　　日生 | 5　負傷又は発病の年月日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 6　診療費 |  | 円 |
| 7　看護料 | 　　　　年　　月　　日から |  日間 | 看護師の資格 | 円 |
| 　　　　年　　月　　日まで | □有　　□無 |
| 8　移送費 | （交通費） | □片道□往復 | 回 | 円 |
| 　　　　　から　　　　まで　　　km |
| （その他の移送費） |
| 9　上記以外の療養費 | 円 |
| 10 療養補償請求金額 | 円 |
| 11 添付する書類その他の資料名 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 12 | 支払先 | 銀行　　　　 | 支店 |  | ※受理 | 　　　　年　　月　　日 |
| 送金希望の場合 | 預金科目 | □普通預金　　□当座預金 |  | ※決定 | 　　　　年　　月　　日 |
| 振込口座 | 住所 |  |  | ※支払 | 　　　　年　　月　　日 |
| 氏名 |  |  | ※決定金額 | 円 |
| 番号 |  |  |

**〔注意事項〕**

1. 請求者は、※の欄には記入しないこと。該当する□に印を記入すること。
2. 「（補償費用の受領委任）」の欄は、診療にあたった柔道整復師又は医療機関に補償費用の受領を委任しようとする場合のみ記載し、その他の場合には記入しないこと。
3. 「7看護料」及び「8移送費」については、費用の領収書及び明細書を添付すること。
4. 「9上記以外の療養費」の欄には、入院料に食事料を含まない場合の食事料及び療養に必要な治療材料等の名称、数量及び費用を記入し、その領収書及び明細書を添付すること。

|  |
| --- |
| **柔道整復診療報酬明細書** |
| 療養者の勤務先 |  |
| 同住所 |  |
| 同氏名 |  | 年　　月　　日生（　　歳） | 男・女 |
| 傷病名 |  |
| 傷病の経過 |  |
| 傷病の原因 |  |
| 初診年月日 | 年　　月　　日 | 施術終了年月日 | 年　　月　　日 |
| 転帰 | 継続中　・　中止　・　治ゆ　・　転医 |
| 施術等の種類 | 回数 | 一回の料金 | 加算料金 | 施術料金 | 施術等の期間 |
| ① | 初検料 |  | 円 | 時間外 | 円 | 円 | 自　　月　　日至　　月　　日 |
| 深夜 | 円 |
| 休　　　日 | 円 |
| ② | 初検時相談支援料 |  |  |  |  |  | 自　　月　　日至　　月　　日 |
| ③  | 往療料 |  |  | 深夜,難路暴風雨雪 | ㎞ |  | 自　　月　　日至　　月　　日 |
| 円 |
| ④  | 再検料 |  |  |  |  | 自　　月　　日至　　月　　日 |
| ⑤ | 指導管理料 |  |  |  |  | 自　　月　　日至　　月　　日 |
| ⑥ | 整復　　(固定・施療) 料 |  |  |  |  | 自　　月　　日至　　月　　日 |
| ⑦ | 後療料 |  |  |  |  | 自　　月　　日至　　月　　日 |
| ⑧ | 罨法料 |  |  |  |  | 自　　月　　日至　　月　　日 |
| ⑨ | 運動療法料 |  |  |  |  | 自　　月　　日至　　月　　日 |
| ⑩ | 施術情報提供料 |  |  |  |  | 自　　月　　日至　　月　　日 |
| ⑪ | 電気光線療法料 |  |  |  |  | 自　　月　　日至　　月　　日 |
| ⑫ | 宿泊料 |  |  |  |  | 自　　月　　日至　　月　　日 |
| ⑬ | 食事料 |  |  |  |  | 自　　月　　日至　　月　　日 |
| ⑭ | 付添人の座料 |  |  |  |  | 自　　月　　日至　　月　　日 |
| ⑮ | 特別材料費 |  |  |  |  | 自　　月　　日至　　月　　日 |
| ⑯ | 包帯交換料 |  |  |  |  | 自　　月　　日至　　月　　日 |
| ⑰ | その他 |  |  |  |  | 自　　月　　日至　　月　　日 |
| 施術料金の合計 |  |  |  |  |  |
| （注）宿泊料、食事料、往診料及び付添人の座料に関しては必要と認めた柔道整復師の理由書を添付すること。上記の事項は事実と相違ないことを証明します。　　　　　年　　月　　日 |
|  | 柔道整復師 | 住所 |  |
|  | 名称・氏名 |  |  |