

(表)

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	〇〇-〇〇〇〇〇〇
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 令和〇〇年 7 月 6 日	
			請求者の住所 〇〇町〇〇24-3	
			氏 名 八甲 太郎	
(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 岩木 三郎 に委任します。 氏 名 八甲 太郎				
(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 〇〇町△△△5-2 氏 名 岩木 三郎				
1 所属団体名 〇〇町			2 所属部局名 住民課	
3 氏 名 八甲 太郎			4 職 名 係長	
昭和〇〇年 11 月 2 日生			5 負傷又は発病の年月日 令和〇〇年 5 月 15 日	
6 診療費			円	
7 看護料			令和 年 月 日から 日間 令和 年 月 日まで 〔看護師の資格〕 □有 □無 50,256 円	
8 移送費			(交通費) から まで km □片道 □往復 回 (その他の移送費) 円	
9 上記以外の療養費			円	
10 療養補償請求金額			受領委任の場合は、受任者の銀行口座 50,256 円	
11 添付する書類 その他の資料名			等について記入してください。	
12 送金希望の場合	支払先	〇〇 銀行 〇〇 支店		
	預金科目	☒ 普通預金 □当座預金		
	振込口座	住所	〇〇町△△△5-2	
		氏名	岩木 三郎	
		番号	〇〇〇〇〇〇〇〇	
※受理		令和 年 月 日		
※決定		令和 年 月 日		
※支払		令和 年 月 日		
※決定金額		円		

〔注意事項〕

- 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。
- 「(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、その他の場合は記入しないこと。
- 「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。
- 「9 上記以外の療養費」の欄には、入院料に食料料を含まない場合の食料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。

(裏)

整骨院、柔道整復師が記入する

柔道整復診療報酬明細書										
療養者の勤務先		〇〇町住民課								
同住所		〇〇町〇〇24-3								
同氏名		八甲 太郎						昭和〇〇年 11月 2日生 (35 歳)		男・女
傷病名		右足首捻挫								
傷病の経過		5/15 負傷、5/15～6/5 週 1 回通院、6/20 治癒								
傷病の原因		自転車で通勤途中、転倒した								
初診年月日		令和〇〇年 5月 15日			施術終了年月日		令和〇〇年 6月 20日			
転帰		継続中 ・ 中止 ・ 治ゆ ・ 転医								
施術の種類		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				時 間 外 円		円	自	月	日	
				深 夜 円						
② 往診料				深夜,難路 km			自	月	日	
				暴風雨雪 円						
③ 整復固定処置 又は初回処置							自	月	日	
							至	月	日	
④ 後療処置							自	月	日	
							至	月	日	
⑤ 電 法 料							自	月	日	
							至	月	日	
⑥ 電 気 光 線 治 療 料 金							自	月	日	
							至	月	日	
⑦ レントゲン 照 射 料 金							自	月	日	
							至	月	日	
⑧ 宿 泊 料							自	月	日	
							至	月	日	
⑨ 食 事 料							自	月	日	
							至	月	日	
⑩ 付添人の座料							自	月	日	
							至	月	日	
施術料金の合計						50,256				
(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。 令和 〇〇 年 6 月 30 日 柔道整復師 住所 〇〇町△△△5-2 名称・氏名 岩木接骨院 岩木 三郎 岩木										