# Ⅲ　療養補償

1　認定通知以降の流れ ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 65

2　療養補償の請求手続について ・・・・・・・・・・・・・・・・・ 66

3　補償事務処理の流れ ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 68

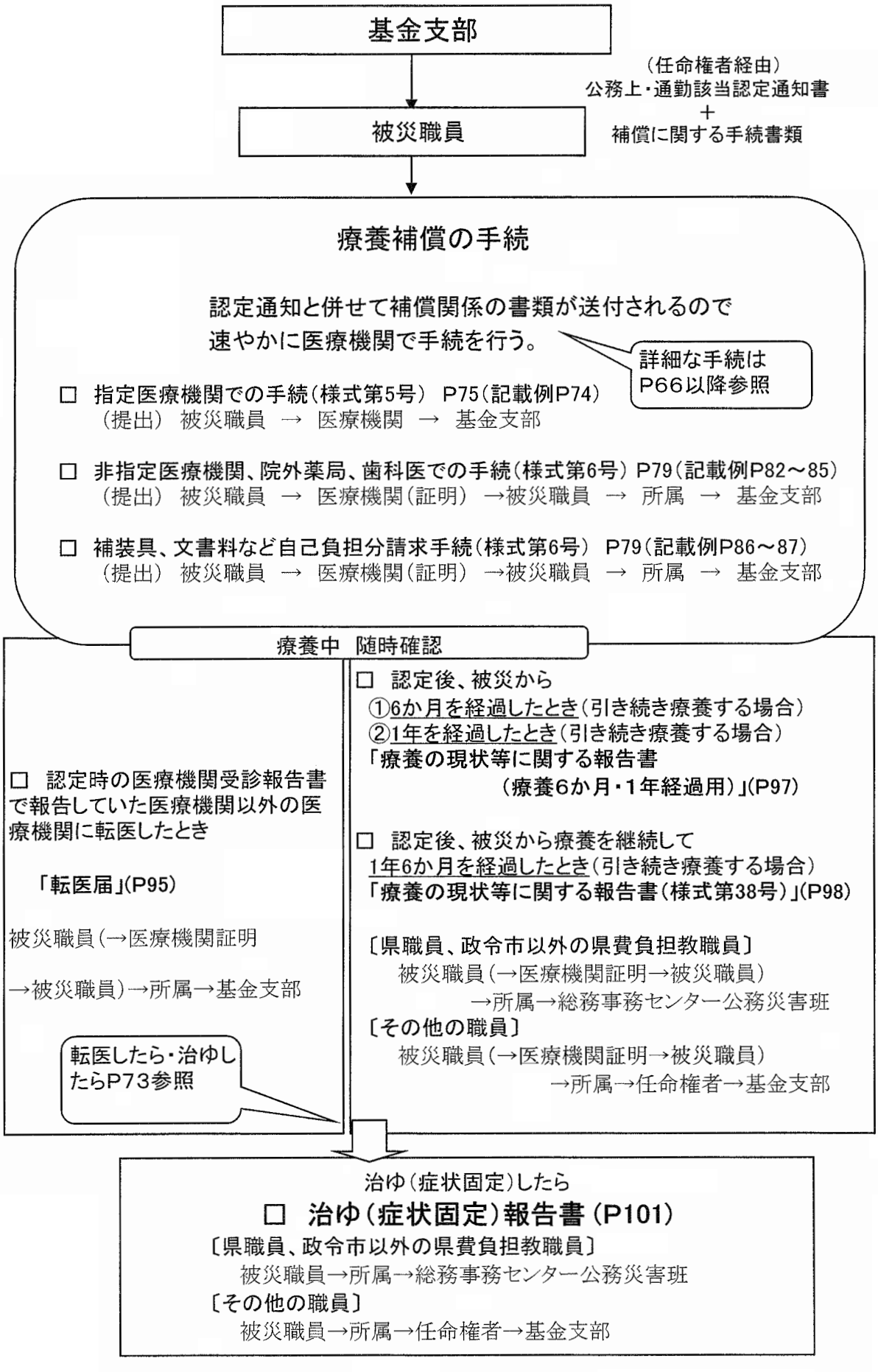
4　療養中に転医したら・治ゆしたら・確認事項 ・・・・・ 73

**様式一覧（療養補償）**

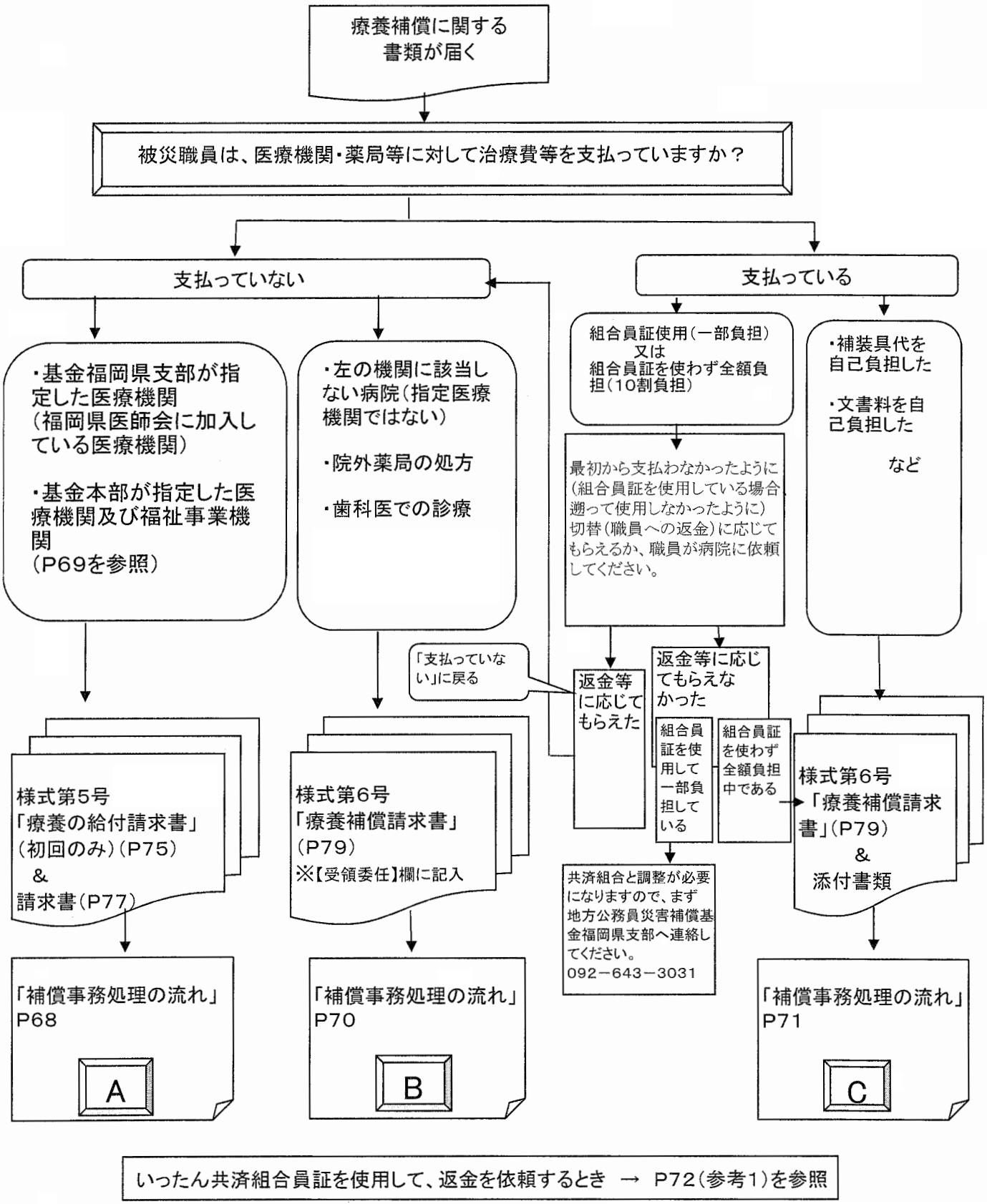
| 様式名 | 掲載ページ | 備考 |
|---|---|---|
| 療養の給付請求書 様式第5号の1枚目 | 75 | 指定医療機関に提出する様式 |
| 請求書　様式第5号の2枚目 | 77 | 上記様式と併せて提出する様式 |
| 療養補償請求書　様式第6号1号紙 | 79 | 非指定医療機関、薬局、自己負担分の請求に使用する様式 |
| 療養補償請求書　様式第6号2号紙 | 80 | 1号紙の裏面（医療機関レセプト記載面） |
| 療養補償請求書　様式第6号3号紙（調剤薬局用） | 81 | 調剤薬局に1号紙と併せて提出する書式 |
| 個室・上級室使用証明書 | 89 | 個室・上級室使用の差額を請求するとき（要件あり） |
| 交通費証明書 | 90 | 交通費を請求する場合（要件あり）様式第6号に添付 |
| 歯科補綴等見積書 | 93 | 健康保険対象の材質以外の歯科補綴を受ける場合（要件あり） |
| 転医届 | 95 | 認定を受けた後、転医したときに提出 |
| 療養の現状等に関する報告書（療養6か月・1年経過用） | 97 | 療養開始から6か月及び1年を経過したときにそれぞれ提出 |
| 療養の現状等に関する報告書 様式第38号 | 98 | 療養開始から1年6か月を経過したときに医師の証明を得てから提出 |
| 治ゆ（症状固定）報告書 | 101 | 治ゆ（症状固定）したときに提出 |

公務災害・通勤災害認定を受けた職員には、認定通知と併せて、支部から様式第5号・第6号等の請求に必要な書類を送付します。

## 1　認定通知以降の流れ


基金支部
（任命権者経由）
公務上・通勤該当認定通知書
＋
補償に関する手続書類
被災職員
療養補償の手続
認定通知と併せて補償関係の書類が送付されるので
速やかに医療機関で手続を行う。
詳細な手続は
P66以降参照
□ 指定医療機関での手続（様式第5号） P75（記載例P74）
（提出） 被災職員 → 医療機関 → 基金支部
□ 非指定医療機関、院外薬局、歯科医での手続（様式第6号） P79（記載例P82～85）
（提出） 被災職員 → 医療機関（証明） →被災職員 → 所属 → 基金支部
□ 補装具、文書料など自己負担分請求手続（様式第6号） P79（記載例P86～87）
（提出） 被災職員 → 医療機関（証明） →被災職員 → 所属 → 基金支部
療養中　随時確認
□ 認定時の医療機関受診報告書で報告していた医療機関以外の医療機関に転医したとき
「転医届」(P95)
被災職員（→医療機関証明
→被災職員）→所属→基金支部
転医したら・治ゆしたらP73参照
□ 認定後、被災から
①6か月を経過したとき（引き続き療養する場合）
②1年を経過したとき（引き続き療養する場合）
「療養の現状等に関する報告書
（療養6か月・1年経過用）」(P97)
□ 認定後、被災から療養を継続して
1年6か月を経過したとき（引き続き療養する場合）
「療養の現状等に関する報告書（様式第38号）」(P98)
〔県職員、政令市以外の県費負担教職員〕
被災職員（→医療機関証明→被災職員）
→所属→総務事務センター公務災害班
〔その他の職員〕
被災職員（→医療機関証明→被災職員）
→所属→任命権者→基金支部
治ゆ（症状固定）したら
□ 治ゆ（症状固定）報告書（P101）
〔県職員、政令市以外の県費負担教職員〕
被災職員→所属→総務事務センター公務災害班
〔その他の職員〕
被災職員→所属→任命権者→基金支部

## 2　療養補償の請求手続について




いったん共済組合員証を使用して、返金を依頼するとき　→　P72（参考1）を参照

## 様式の決定方法（例）

療養先の病院と薬局を整理する

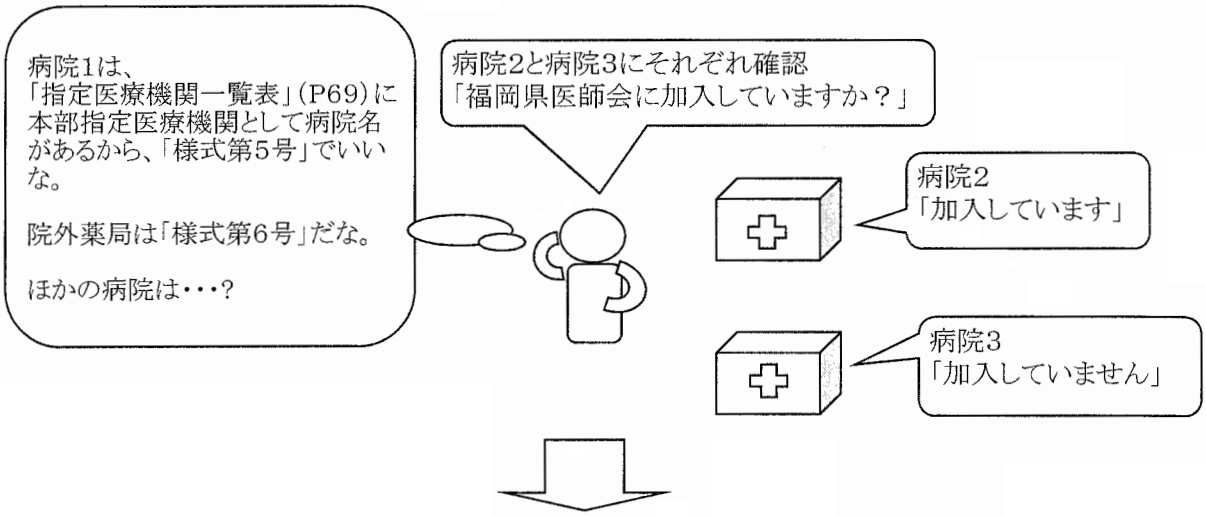
病院1（救急で診察した）

病院2（病院1から紹介を受けて手術した）

病院3（リハビリのため自宅近くに転医した）

薬局（病院3の処方箋で院外薬局で処方を受けた）

病院2で補装具を自己負担した




使用する様式

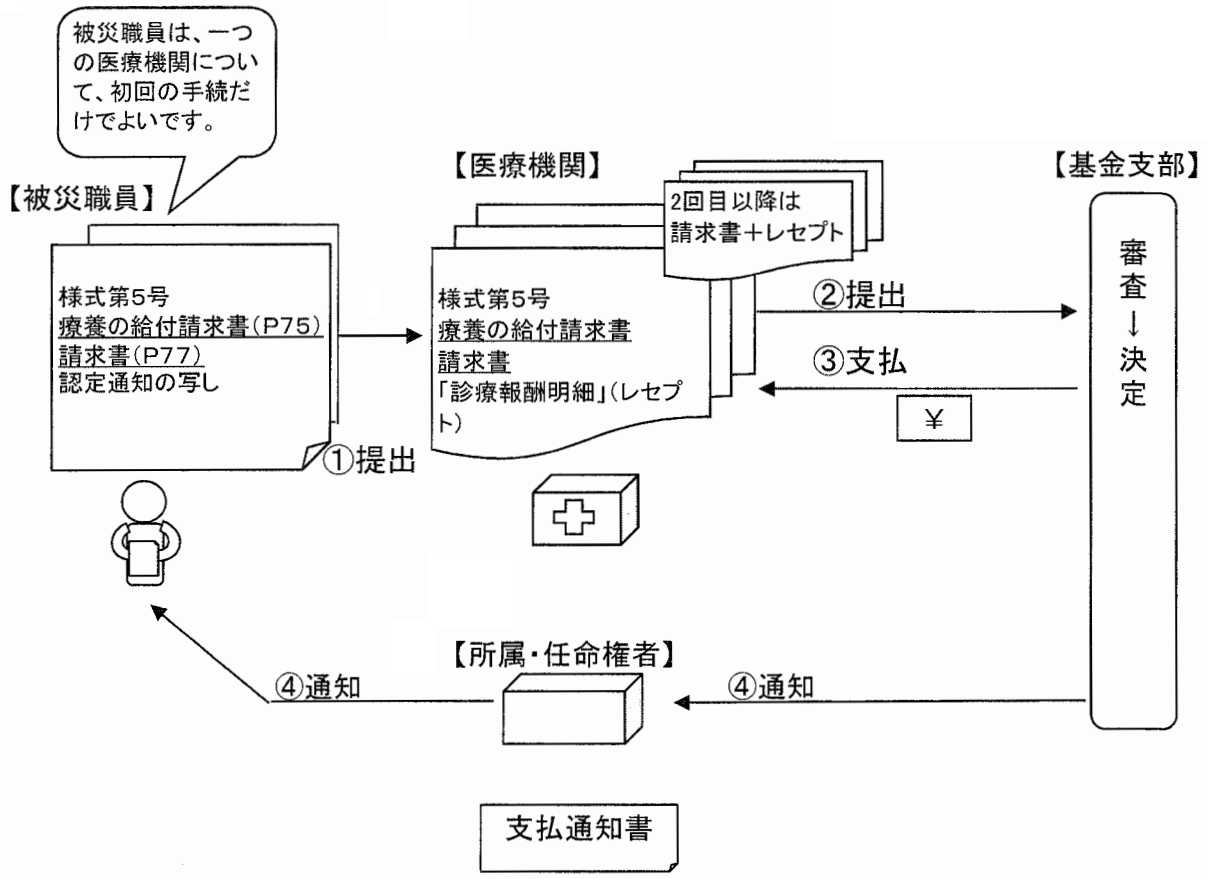
| | |
|---|---|
| 病院1（基金本部指定医療機関） | → 様式第5号＋請求書（手続 A へ） |
| 病院2（基金福岡県支部指定医療機関） | → 様式第5号＋請求書（手続 A へ） |
| 病院3（指定医療機関以外の医療機関） | → 様式第6号（手続 B へ） |
| 院外薬局 | → 様式第6号（手続 B へ） |
| 補装具の自己負担 | → 様式第6号（手続 C へ） |

同じ様式を複数枚使用するときはコピーして使用してください。

## 3　補償事務処理の流れ

### A　指定医療機関で受診した場合(様式第5号)

基金が指定した医療機関の場合の事務処理です。
被災職員は、様式第5号「療養の給付請求書」(P75)に必要事項を記入し、「請求書」(P77)と併せて受診した医療機関に提出します。
1つの病院について窓口で提出したら、被災職員の手続は終了です。2回目以降の請求は、病院が「請求書」により基金に直接請求をします。



# 指定医療機関一覧表

手続に様式第5号（及び請求書）を使用する機関は、次の１又は２の機関になります。

## 1　社団法人福岡県医師会に加入している会員が開設又は管理する病院及び診療所

医療機関の窓口に「県医師会に加入しているか」確認ください。県内の多くの医療機関が加入しています。

## 2　地方公務員災害補償基金本部指定の医療機関及び指定福祉事業機関

### (1)　独立行政法人　国立病院機構

| | | | |
|---|---|---|---|
| 小倉医療センター | 〒802-8533 | 北九州市小倉南区春ヶ丘１０－１ | 093-921-8881 |
| 九州がんセンター | 〒811-1395 | 福岡市南区野多目３丁目１－１ | 092-541-3231 |
| 九州医療センター | 〒810-8563 | 福岡市中央区地行浜１丁目８－１ | 092-852-0700 |
| 福岡病院 | 〒811-1394 | 福岡市南区屋形原４丁目３９－１ | 092-565-5534 |
| 大牟田病院 | 〒837-0911 | 大牟田市橘１０４４－１ | 0944-58-1122 |
| 福岡東医療センター | 〒811-3195 | 古賀市千鳥１丁目１－１ | 092-943-2331 |

### (2)　独立行政法人　労働者健康福祉機構

| | | | |
|---|---|---|---|
| 九州労災病院 | 〒800-0296 | 北九州市小倉南区葛原高松１丁目３－１ | 093-471-1121 |
| 九州労災病院門司メディカルセンター | 〒801-8502 | 北九州市門司区東港町３－１ | 093-331-3461 |
| 総合せき損センター | 〒820-8508 | 飯塚市伊岐須５５０－４ | 0948-24-7500 |

### (3)　国家公務員共済組合連合会

| | | | |
|---|---|---|---|
| 新小倉病院 | 〒803-8505 | 北九州市小倉北区金田１丁目３－１ | 093-571-1031 |
| 千早病院 | 〒813-8501 | 福岡市東区千早２丁目３０－１ | 092-661-2211 |
| 浜の町病院 | 〒810-8539 | 福岡市中央区長浜３丁目３－１ | 092-721-0831 |

### (4)　公立学校共済組合

| | | | |
|---|---|---|---|
| 九州中央病院 | 〒815-8588 | 福岡市南区塩原３丁目２３－１ | 092-541-4936 |

### (5)　社会福祉法人　恩賜財団済生会

| | | | |
|---|---|---|---|
| 福岡県済生会福岡総合病院 | 〒810-0001 | 福岡市中央区天神１丁目３－４６ | 092-771-8151 |
| 福岡県済生会飯塚嘉穂病院 | 〒820-0076 | 飯塚市太郎丸２６５ | 0948-22-3740 |
| 福岡県済生会八幡総合病院 | 〒805-0050 | 北九州市八幡東区春の町５丁目９－２７ | 093-662-5211 |
| 福岡県済生会大牟田病院 | 〒837-0916 | 大牟田市大字田隈８１０ | 0944-53-2488 |
| 福岡県済生会二日市病院 | 〒818-8516 | 筑紫野市湯町３丁目１３－１ | 092-923-1551 |

### (6)　日本赤十字社

| | | | |
|---|---|---|---|
| 福岡赤十字病院 | 〒815-8555 | 福岡市南区大楠３丁目１－１ | 092-521-1211 |
| 今津赤十字病院 | 〒819-0165 | 福岡市今津３７７ | 092-806-2111 |
| 嘉麻赤十字病院 | 〒821-0012 | 嘉麻市上山田１２３７ | 0948-52-0861 |

### (7)　財団法人　厚生年金事業振興団

| | | | |
|---|---|---|---|
| 九州厚生年金病院 | 〒806-8501 | 北九州市八幡西区岸の浦１丁目８－１ | 093-641-5111 |

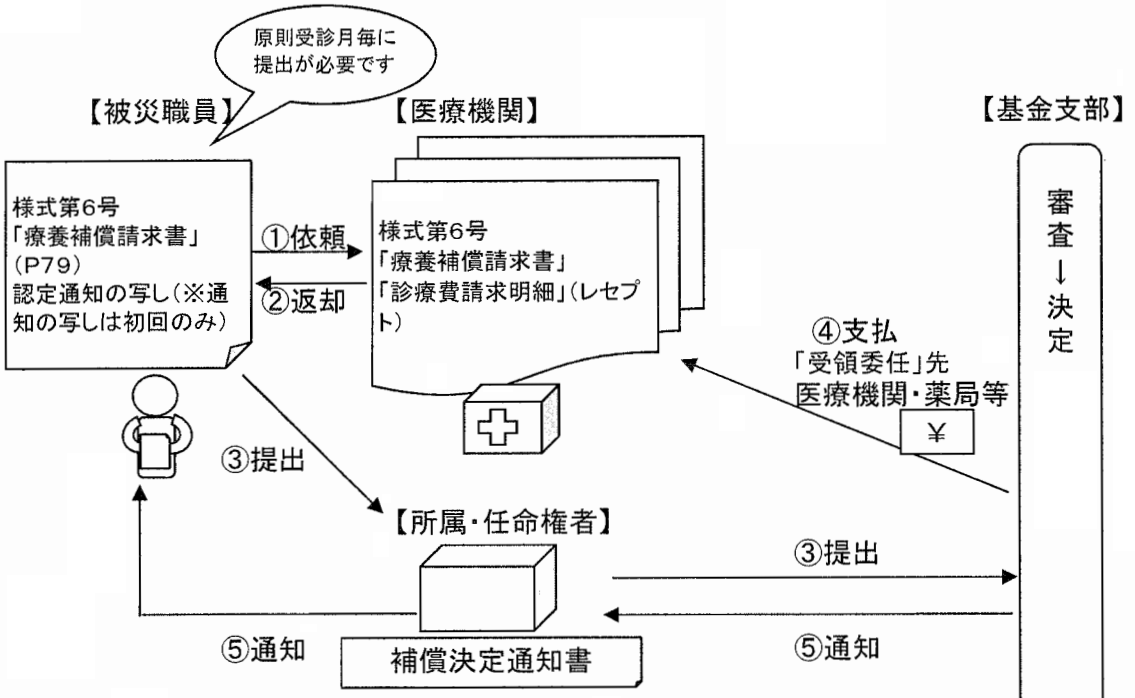
※県外の医療機関等の取扱いについては、基金福岡県支部にお問い合わせください。

B

## ①指定医療機関以外の医療機関で受診した場合(様式第6号)
## ②院外薬局、歯科医の場合(様式第6号)

非指定医療機関(福岡県医師会非加入の医療機関等)、院外薬局、歯科医の場合の事務処理です。

様式第6号「療養補償請求書」(P79～)に必要事項を記入し、医療機関に対して明細の作成を依頼します。
被災職員は、原則として受診月毎に様式を提示して証明を受けます。病院・薬局から書類を受け取ったら、所属・任命権者を経由して基金に提出してください。
費用は、基金から医療機関、薬局等に支払われます。
この手続きは療養が終わるまで必要です。




◎ 「1 補償費用の受領委任」の欄の「委任者」に被災職員の氏名印を忘れずに記載してください。(職員の氏名押印は請求者と委任者の2か所になります。)

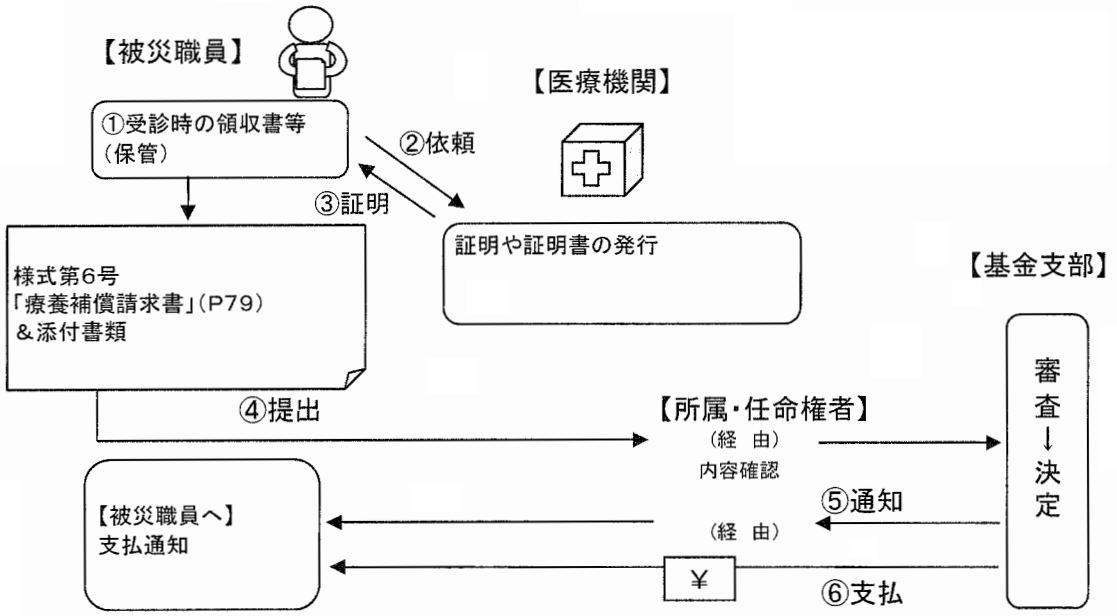
「受領委任」とは・・・請求者は被災職員本人ですが、基金からの費用の振込先を、医療機関(薬局等)とする(費用の受領を委任する)ことです。

◎ 医療機関・薬局から証明を受けて所属を通じて提出します。基本的に受診月毎に必要なため、様式第6号をコピーして使用してください。
所属は基金支部(総務事務センター公務災害班)に提出します。

## C　被災職員が自己負担分を請求する場合(様式第6号)

補装具やギプス等の代金を被災職員が支払っている場合の事務処理です。

様式第6号「療養補償請求書」(P79～)に必要事項を記載し、下表の添付書類を付けて所属・任命権者を経由して基金に提出します。(内容により、様式第6号への医療機関証明印が必要な場合があります。下表を参照ください。)
基金支部は、被災職員本人の指定口座に治療費を支払います。




| | | |
|---|---|---|
| 治療費を支払った場合 | 様式第6号裏面(2号紙)下段の医療機関証明を要します。 | ○領収書<br>○医療機関発行のレセプト |
| 歯科補綴で健康保険外の治療をした場合(基金支部に確認。) | | ○医療機関発行のレセプト　○領収書<br>○「歯科補綴等見積書」(P93) |
| はり、きゅう、マッサージの施術料を支払った場合 | | ○領収書　○施術の内容を示す資料<br>○医師による施術同意書(任意の証明書式) |
| 文書料を支払った場合<br>(認定請求に使用した原本の費用のみ。) | 様式第6号裏面(2号紙)下段の医療機関証明は不要です。 | ○領収書　文書料は「第6号＋領収書」で基金に請求可です。医療機関から第6号に証明を得る必要はありません。 |
| 補装具料を支払った場合 | | ○①医証(様式任意・医療機関発行)、②見積書、③請求書<br>④領収書　①～④全て添付が必要 |
| 入院室料差額(個室・上級室)を支払った場合で必要性が認められるとき<br>(要件は基金支部に確認。) | | ○領収書<br>○「個室・上級室使用証明書」(P89)に医療機関の証明 |
| 移送費を必要とした場合<br>注) 原則として公共交通機関が対象。<br>傷病の状況により必要性を審査。<br>(要件は基金支部に確認すること。) | | ○「交通費証明書」(P90)　(タクシー使用は医療機関の証明要)<br>○通院・通勤経路図(市販の地図に具体的に記入)<br>○通勤届<br>○領収書(タクシー等使用の場合のみ)<br>○療養の経過に関する報告書(P33)(タクシー等使用の場合のみ)<br>○タクシー等使用の必要性に関する理由書(様式任意) |

## 参考1　自己負担を払い戻すとき（共済組合員証を使用していたときの例）

通常、医療費は、共済組合員証使用により自己負担と共済組合給付金で構成されますが、公務災害等に認定された傷病の療養費は、地方公務員災害補償基金が全額補償します。
組合員証をいったん使用していた場合、公務災害等の認定を受けたら下記のとおり速やかに医療機関や院外薬局に申し出て手続をしてください。

医療費の構成（通常）

| 組合員(職員)負担分　¥(ア) | 共済組合給付　¥(イ) |
|---|---|

⇩

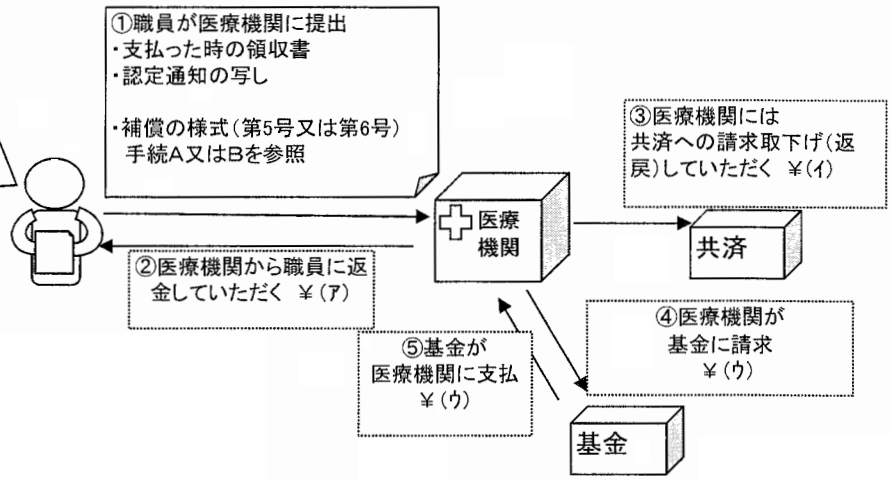
公務災害・通勤災害と認定された場合

| 地方公務員災害補償基金の負担　¥(ウ) |
|---|

窓口の説明の例

「公務災害の認定を受けましたので、最初から共済組合員証を使用しなかったようにお願いします。」

「治療費等は基金が10割病院等に支払することになります。既に自己負担分として支払った額を私(被災職員)に返金してくださるよう、お願いします。基金への請求用の書類を提出します。」




◎　負担していた分の金額の払い戻しを受けると同時に、医療機関が基金に請求できるよう、認定通知書の写しと、P68～の手続　A　又は　B　のとおり、各医療機関に該当する請求書様式を提出します。

◎　医療機関の都合によりどうしても上記の手続ができない場合、基金支部に御連絡ください。
（基金から自己負担額¥(ア)を職員に、共済組合給付額¥(イ)を共済組合に支払います。各機関との調整が必要になりますので、まず御相談ください。）

## 参考2　認定事案が第三者加害事案（交通事故等）であるとき

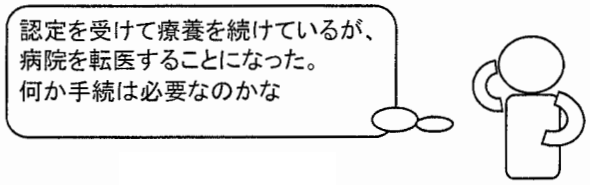
### 1　示談先行の場合

認定 ⇨ 加害者（保険会社）が治療費を医療機関に支払うため、公務災害補償について被災職員が医療機関で行う手続は基本的にありません。 ⇨ 治ゆ、示談したら ⇨ 免責（完結）

### 2　補償先行の場合

認定 ⇨ 認定時に補償手続資料を同封しますので、被災職員が医療機関で手続をしてください。基金が加害者（保険会社）に先行して医療費を支払います。 ⇨ 治ゆ、示談したら ⇨ 基金から、基金が支払った額を加害者（保険会社）に求償します。

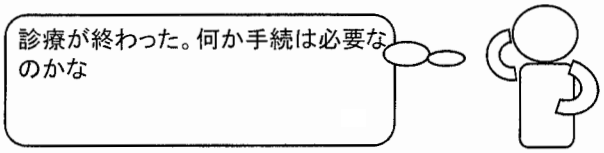
## 4　療養中に転医したら・治ゆしたら・確認事項



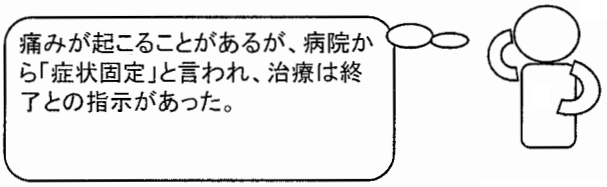

「転医届」（P95）を提出します。所属を通じて基金支部に提出してください。

脱臼や骨折の治療で、整形外科等から整骨院に転医する場合は、必ず主治医の転医指示（書面による証明）が必要です。

また、はり、きゅう、マッサージへの転医はすべて主治医の転医指示が必要です。




「治ゆ（症状固定）報告書」（P101）を所属を通じて提出します。




完全治ゆのほか、その症状が固定し、もはや医療効果が期待できなくなった状態をもって「治ゆ」（症状固定）として取り扱います。「治ゆ（症状固定）報告書」を提出してください。

下記の場合は、以下の様式を提出してください。

療養を開始してから6か月を経過し引き続き療養を要するとき
療養を開始してから1年を経過し引き続き療養を要するとき
→療養の現状等に関する報告書　（P97）（療養6か月・1年経過用）

療養を開始してから1年6か月を経過し引き続き療養を要するとき
→療養の現状等に関する報告書　（P98）（様式第38号）

### 確　認　事　項

★受診した全ての医療機関で補償請求の手続をしましたか？

★院外薬局での手続を忘れていませんか？（病院から薬局へ自動的に連絡はいきません。被災職員が院外薬局の窓口で手続をする必要があります。）

★受診した全ての医療機関を「医療機関受診報告書」（認定時）又は「転医届」（認定後）で基金に報告していますか？

療養補償の請求権には2年（指定医療機関は3年）の消滅時効があります。請求権が時効にかかると基金が補償できなくなり、職員が負担することになる場合があります。全ての医療機関で速やかに手続をしてください。

【様式第５号の１枚目　記載例】
職員が指定医療機関に初回提出

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福岡県支部長　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　平成○○年○月○日

請求者の住所　○○市○○　○○-○

ふりがな　ふくおか　はなこ
氏名　福岡　花子　㊞

| | | |
|---|---|---|
| 1被災職員に関する事項 | 所属団体名<br>○○市 | 所属部局名<br>○○市○○課 |
| | 氏名<br>福岡　花子<br>昭和○○年　○月　○　日生（○○歳） | 職名<br>主任主事<br>☑常勤　□常勤的非常勤<br>負傷又は発病の年月日　平成○○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 | ○○市○○丁目○番○号 |
| | | 名称 | B整形外科 |
| | (旧) | 所在地 | ○○市○○丁目○番○号 |
| | | 名称 | Aクリニック |

最初の病院のときは、医療機関名を（新）に記載。

２件目以降の病院に提出するときは、提出先の医療機関を（新）に、転医前の病院を（旧）に記載。

被災職員は、必ず必要事項を記載してから医療機関に提出すること。

| ＊受理 | 平成　年　月　日 | ＊通知 | 平成　年　月　日 |
|---|---|---|---|
| ＊□支給決定□不支給 | 平成　年　月　日 | | |

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福岡県支部長　殿<br>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　平成　年　月　日<br>請求者の住所<br>ふりがな<br>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<br>年　月　日生（　歳） | 職　名 | □常勤<br>□常勤的非常勤 |
| | | 負傷又は発病の年月日　平成　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 | | |
| | (新) 名称 | | |
| | (旧) 所在地 | | |
| | (旧) 名称 | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| ＊受　理 | 平成　年　月　日 | ＊通　知 | 平成　年　月　日 |
| ＊　□支給決定□不支給 | 平成　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✓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　「請求者の氏名」の欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができる。

【様式第５号の２枚目　　記載例】
指定医療機関が請求の度に使用

【請求書送付先】
〒８１２－８５７７
福岡県福岡市博多区東公園７番７号
地方公務員災害補償基金福岡県支部
TEL　０９２－６４３－３０３１
FAX　０９２－６３３－３４３８

平成　○年　○月　○日

# 請　　求　　書

①被災職員は
様式第５号の１枚目　と併せて医療機関に提出してください。

②医療機関は、療養の明細（レセプト）を添付して、様式第５号の１枚目と併せて左上の住所に送付してください。

③（２回目以降の請求）
医療機関は、
この様式をコピーして
　請求書＋レセプト
により左上の住所に送付してください。

¥　　○○○,○○○　　也

但し、下記職員の　　○月分 ○○○　　として

（診療報酬明細、計算内訳別添のとおり）

被災職員氏名　　福岡　花子

認 定 番 号　　○○－○○○○○○

地方公務員災害補償基金
福　岡　県　支　部　長　　殿

郵便番号　　○○○　○○○○
住所　　○○市○○　○○-○
電話番号　　○○○－○○○-○○○○
医療機関名称　　医療法人○○会　Ｂ整形外科
代表者　　院長　○○　○○　　印

④医療機関が代表者名と振込先を記載してください。

※振込先は誤りが無いようにお願いします。
フリガナを必ず記入してください。

（振込口座）
銀行名　　○○銀行
預金種別･口座番号　　普通　○○○○
フリガナ　　ｲ）○○ｶｲ○○ﾋﾞﾖｳｲﾝﾘｼﾞﾁﾖｳ○○○○
口座名義人　　医療法人○○会○○病院理事長○○○○

| 地方公務員災害補償基金福岡県支部記載箇所 | |
|---|---|
| 支 払 年 月 日 | 支 払 決 定 金 額 |
| | 円 |

（注）
１　計算内訳とは、診療報酬に１点単価を掛けたものをいいます。
２　本請求書と内容が同一であれば、任意の請求書でかまいません。
３　入院中に病衣を算定された場合には療養明細の摘要欄に貸与理由の記載をお願いします。

【請求書送付先】
〒812－8577
福岡県福岡市博多区東公園7番7号
地方公務員災害補償基金福岡県支部
TEL 092－643－3031
FAX 092－633－3438

平成　　年　　月　　日

# 請　　求　　書

¥　　也

但し、下記職員の　　として

（診療報酬明細、計算内訳別添のとおり）

被災職員氏名

認 定 番 号

地方公務員災害補償基金
福 岡 県 支 部 長　　殿

郵便番号
住所
電話番号
医療機関名称
代表者　　印

（振込口座）
銀行名
預金種別・口座番号
フリガナ
口座名義人

| 地方公務員災害補償基金福岡県支部記載箇所 | |
|---|---|
| 支 払 年 月 日 | 支 払 決 定 金 額 |
| | 円 |

（注）
1　計算内訳とは、診療報酬に1点単価を掛けたものをいいます。
2　本請求書と内容が同一であれば、任意の請求書でかまいません。
3　入院中に病衣を算定された場合には療養明細の摘要欄に貸与理由の記載をお願いします。

様式第６号の使用の仕方

非指定医療機関・歯科医

様式第６号　１号紙＋２号紙　（記載例①　８２頁）

院外処方薬局

様式第６号　１号紙＋３号紙　（記載例②　８４頁）

自己負担分の請求

様式第６号　１号紙＋内容に応じて２号紙、３号紙　（記載例③　８６頁）

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福岡県支部長　殿

〒８１２－８５７７
福岡市博多区東公園７番７号
地方公務員災害補償基金福岡県支部
TEL　092-643-3031　FAX　092-633-3438

下記の療養補償を請求します。

請求年月日　平成　　年　　月　　日

請求者の住所

ふりがな
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　住　　所　　ＴＥＬ
　　医療機関等の名称
　　氏名（代表者名）　　㊞

**２　被災する職員に関する事項**

| | |
|---|---|
| 所属団体名 | 所属部局名　（電話番号　　） |
| 氏　　名<br>年　　月　　日生（　　歳） | 職　　名　□常勤　□常勤的非常勤 |
| | 負傷又は発病の年月日　平成　　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 |
| | 平成　年　月　日から　平成　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　キロメートル　回　□往復 | 円 |
| | □その他の移送費 | |
| ７　上記以外の療養費 | | 円 |
| ８　療養補償請求金額（３～７の合計額） | | 円 |

**９　送金希望の場合**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 振込み | 振込先金融機関名　銀行　支店 | 預金名義者名 | 法人機関又は役職の名称（個人名義の場合は記入不要です。） |
| | □座番号 | | |
| | □普通預金　□当座預金 | | (フリガナ)<br>氏　　名 |
| 送金小切手 | 銀行　支店 | | |
| その他 | | | |

| ＊受理 | ＊通知 | ＊支払 | ＊決定金額 |
|---|---|---|---|
| 平成　年　月　日 | 平成　年　月　日 | 平成　年　月　日 | 円 |

〔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✓印を記入すること。
２　「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。
３　「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。
４　「７　上記以外の療養費」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、その領収書及び明細書を添付すること。
５　「＊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。
６　「診療報酬点数表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。
７　「請求者の氏名」の欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができる。

## ＊10　診療費請求明細

（職員氏名）

| | | | |
|---|---|---|---|
| 傷病名 | ア<br>イ<br>ウ | 診療開始日 | ア平成　年　月　日<br>イ平成　年　月　日<br>ウ平成　年　月　日 |
| 診療期間 | 平成　年　月　日から<br>平成　年　月　日まで | | |
| 初診 | 時間外・休日・深夜　回　点 | 診療実日数 | 日 |
| 再診 | 再診　×　回<br>外来診療料　×　回<br>継続管理加算　×　回<br>外来管理加算　×　回<br>時間外　×　回<br>休日　×　回<br>深夜　×　回 | 傷病の経過 | |
| 指導 | | 転帰 | 平成　年　月　日<br>治ゆ　継続　転医　中止　死亡 |
| 在宅 | 往診　回<br>夜間　回<br>深夜・緊急　回<br>在宅患者訪問診察　回<br>その他<br>薬剤　回 | 摘要 | |
| 投薬 | 内服 薬剤　単位<br>内服 調剤　×　回<br>屯服 薬剤　単位<br>屯服 調剤　×　回<br>外用 薬剤　単位<br>外用 調剤　×　回<br>処方　×　回<br>麻毒　回<br>調基 | | |
| 注射 | 皮下筋肉内　回<br>静脈内　回<br>その他　回 | | |
| 処置 | 回<br>薬剤　回 | | |
| 手術麻酔 | 回<br>薬剤　回 | | |
| 検査 | 回<br>薬剤　回 | | |
| 画像診断 | 回<br>薬剤　回 | | |
| その他 | | | |
| 入院 | 入院年月日　平成　年　月　日<br>病・診・衣　入院基本料・加算<br>×　日間<br>×　日間<br>×　日間<br>×　日間<br>×　日間 | | |
| 入院 | 特定入院料・その他 | 食事 | 基準<br>円×　日間<br>円×　日間<br>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<br>× | 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 |

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。）

診療機関の　所在地<br>名称<br>医師の氏名　㊞

平成　年　月　日

［様式第６号　療養補償請求書］　　３号紙

| ＊11　調剤費請求明細 | （職員氏名） |
|---|---|

| 処方せんを交付した診療機関の | 名　称 | |
|---|---|---|
| | 所在地 | |

| 担当医氏名 | 1．　　3． |
|---|---|
| | 2．　　4． |

| 調剤期間 | 平成　年　月　日から　年　月　日まで　日間　調剤実日数　日 |
|---|---|

| 医師番号 | 処方月日 | 調剤月日 | 処方 医療品名・規格・用量・剤型・用法 | 処方 単位 薬剤料 | 調剤数量 | 調剤報酬点数 調剤料 | 薬剤料 | 加算料 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ・ | ・ | | 点 | | 点 | 点 | 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　点 |
|---|---|---|---|
| | | | 合計金額　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。）

平成　年　月　日

薬局の　所在地
　　名称
　　薬剤師の氏名　　㊞

【様式第６号　記載例①　非指定医療機関】

非指定医療機関に受領委任（振込先は非指定医療機関を指定）する例

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） |

①【職員が記入】
認定番号、請求者の住所、氏名、委任欄に被災職員の氏名を記載し押印してください。（医療機関への振込を了承する証明です。）

地方　　県支部長　殿

請求年月日　平成　○○　年　○　月　○　日

〒8　福岡地方　　県支部　TEL　　92-633-3438　下記

請求者の住所　○○市○○丁目　○番○号

ふりがな　ふくおか　はなこ

氏　名　福岡　花子　㊞

②【医療機関が記入】
医療機関は、ここに医療機関の住所、名称、代表者を記載し、代表者印を押印してください。

1 補償費用の受領委任

用の受領を　○○病院長　○○○○　に委任します。

委任者の氏名　福岡花子　㊞

による療養補償の費用の支払を請求します。

○○丁目○－○　TEL○○○－○○○－○○○○

Aクリニック

（氏名（代表者名）　院長　○○　○○　㊞

| 2 被災する職員に関する事項 | 所属団体名　○○市 | 所属部局名（電話番号○○○－○○○○－○○○○）　○○市○○課 |
|---|---|---|
| | 氏名　福岡　花子　昭和○○年　○月　○日生（○歳） | 職名　主任主事　☑常勤　□常勤的非常勤 |
| | | 負傷又は発病の年月日　平成　○○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 | 調剤費請求明細　載のとおり | 円 |
| | 訪問看護事業者の証明」欄記載のとおり | 円 |
| 5 看 | 日から　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　キロメートル　回　□往復 | 円 |
| | 移送費 | |
| 7 | | 診断書料　○○○○円 |
| 8 | | ○○○○円 |

③【医療機関が記入】
請求金額を記載してください。

④【医療機関が記入】
医療機関の口座情報を誤りがないよう正確に記載してください。

| 9 送金希望の場合 | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 振込み | 振込先金融機関名　○○　銀行　○○　支店 | 預金名義者名 | 法人機関又は役職の名称（個人名義の場合は記入不要です。）　エークリニツクインチヨウ　Aクリニック院長 |
| | | 口座番号　○○○○○○○ | | |
| | | ☑普通預金　□当座預金 | | (フリガナ)　○○　○○　氏　名　○○　○○ |
| | 送金小切手 | 銀行　支店 | | |
| | その他 | | | |

| ＊受理　平成　年　月　日 | ＊通知　平成　年　月　日 | ＊支払　平成　年　月　日 | ＊決定金額　円 |
|---|---|---|---|

## ＊10　診療費請求明細

（職員氏名）　**福岡　花子**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 傷病名 | ア　**左足関節外果骨折**<br>イ　**左大腿部打撲**<br>ウ　**左橈骨遠位端骨折** | 診療開始日 | ア平成　○年　○月○日<br>イ平成　　年　　月　　日<br>ウ平成　　年　　月　　日 |
| 診療期間 | 平成○年○月○日から<br>平成○年○月○日まで | | |
| 初診 | 時間外・休日・深夜　　○　回<br>○○　点 | 診療実日数 | ○日 |
| 再診 | 再診　○○　×　○回<br>外来診療料　×　回<br>継続管理加算　×　回<br>外来管理加算　×　回<br>時間外　×　回<br>休日　×　回<br>深夜　×　回 | 傷病の経過 | Ｂ整形外科に紹介 |
| 指導 | | 転帰 | 平成　○　年　○　月　○　日<br>治ゆ　継続　転医　中止　死亡 |
| 在宅 | 往診　回<br>夜間　回<br>深夜・緊急　回<br>在宅患者訪問診察　回<br>その他<br>薬剤　回 | 摘要 | |
| 投薬 | 内服　薬剤　単位<br>内服　調剤　×　回<br>屯服　薬剤　単位<br>屯服　調剤　×　回<br>外用　薬剤　単位<br>外用　調剤　×　回<br>処方　×　回<br>麻毒<br>調基 | | |
| 注射 | 皮下筋肉内　回<br>静脈内　回<br>その他　回 | | |
| 処置 | 回<br>薬剤　回 | | |
| 手術麻酔 | 回<br>薬剤　回 | | |
| 検査 | 回<br>薬剤　回 | | |
| 画像診断 | 回<br>薬剤　回 | | |
| その他 | | | |
| 入院 | 入院年月日　平成　年　月　日<br>病・診・衣　入院基本料・加算<br>×　日間<br>×　日間 | | |
| 入院 | 特定入院料・その他 | | ×　日間<br>×　日間<br>×　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<br>○○　×　1円 | ○○○○　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<br>**診断書料** | ○○○○　円 |
| 診療費請求合計額 | | | 円 |

⑤【医療機関が記入】
明細を記入してください。
なお、記載に代えて電算の様式（ＯＣＲなど）を添付しても可です。

⑥【職員】
医療機関記入後、本請求書を受け取り、所属に速やかに提出してください。

所属は、速やかに基金福岡県支部に提出してください。

振込先が医療機関等の場合（職員口座への支払でない場合）この証明欄は記入不要です。

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。）

平成　　年　　月　　日

診療機関の　所在地<br>名称<br>医師の氏名　　㊞

【様式第６号　記載例②　院外処方薬局】

薬局に受領委任（療養費の振込先は薬局を指定）する例

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） |

①【職員が記入】
認定番号、請求者の住所氏名、及び委任欄に被災職員の氏名を記載し押印してください。（薬局への振込を了承する証明です。）

地方　　県支部長　殿

〒８
福岡
地方　　県支部
TEL　　92-633-3438

下記

請求年月日　平成　○○　年　○　月　○　日

請求者の住所　○○市○○丁目

○番○号

ふりがな　ふくおか　はなこ

氏　名　福岡　花子　㊞

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　○○薬局　に委任します。

委任者の氏名　福岡　花子　㊞

②【薬局が記入】
薬局の住所、名称、代表者を記載し、代表者印を押印してください。

の請求書による療養補償の費用の支払を請求します。

○市○○丁目○－○　TEL○○○－○○○－○○○○

の名称　○○薬局

表者名）　代表取締役　○○　○○　㊞

| 2 被災する職員に関する事項 | | |
|---|---|---|
| | 所属団体名　○○市 | 所属部局名（電話番号○○○－○○○○－○○○○）　○○市○○課 |
| | 氏　名　福岡　花子　昭和○○年　○月　○日生（○歳） | 職　名　主任主事　☑常勤　□常勤的非常勤 |
| | | 負傷又は発病の年月日　平成　○○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 |
| | | 日間　看護師の資格　□有　□無　年　月　日まで | 円 |
| 6 | | □片道　から　まで　キロメートル　回　□往復 | 円 |
| | | の移送費 | |
| 7 | | | 円 |
| 8 | | | ○○○○円 |

③【薬局が記入】
薬局は、４，８に金額を記載してください。

④【薬局が記入】
振込先の口座情報を、誤りがないよう正確に記載してください。

| 9 送金希望の場合 | | | 預金名義者名 |
|---|---|---|---|
| | 振込み | 名　○○　銀行　○○　支店 | 法人機関又は役職の名称（個人名義の場合は記入不要です。）<br>カ）○○ヤツキヨクダイヒヨウトリシマリヤク<br>株式会社　○○薬局　代表取締役 |
| | | 口座番号　○○○○○○○ | |
| | | ☑普通預金　□当座預金 | |
| | 送金小切手 | 銀行　支店 | (フリガナ)　○○　○○<br>氏　名　○○　○○ |
| | その他 | | |

| ＊受理 | ＊通知 | ＊支払 | ＊決定金額 |
|---|---|---|---|
| 平成　年　月　日 | 平成　年　月　日 | 平成　年　月　日 | 円 |

[様式第６号　療養補償請求書]　　３号紙

| ＊11　調剤費請求明細 | （職員氏名）　福岡花子 |
|---|---|

| 処方せんを交付した診療機関の | 名　称 | B整形外科 |
|---|---|---|
| | 所在地 | ○○市○丁目○番○号 |

| 担当医氏名 | 1．○○ ○○　　3． |
|---|---|
| | 2．　　4． |

| 調剤期間 | 平成○○年○月○日から○○年○月○日まで○日間　調剤実日数○日 |
|---|---|

| 医師番号 | 処方月日 | 調剤月日 | 処方 医療品名・規格・用量・剤型・用法 | 処方 単位薬剤料 | 調剤数量 | 調剤報酬点数 調剤料 | 薬剤料 | 加算料 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 点 | | 点 | 点 | 点 |
| | ○・○ | ○・○ | ○○○○○○ | ○○ | ○ | ○○ | ○○ | |
| | ○・○ | ○・○ | ○○○○○○ | ○○ | | ○○ | ○○ | |
| | ・ | ・ | | | | | | |
| | ・ | ・ | | | | | | |
| | ・ | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | ・ | | | | | | | |
| | ・ | ・ | | | | | | |
| | ・ | ・ | | | | | | |
| | ・ | ・ | | | | | | |
| | ・ | ・ | | | | | | |
| | ・ | ・ | | | | | | |
| | ・ | ・ | | | | | | |
| | ・ | ・ | | | | | | |
| | ・ | ・ | | | | | | |
| | ・ | ・ | | | | | | |

⑤【薬局が記入】
明細を記入してください。

なお、記載に代えて電算の様式を添付しても可です。

⑥【職員】
薬局の記入後、本請求書を受け取り、所属に速やかに提出してください。

所属は、速やかに基金福岡県支部に提出してください。

| 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 | 合計点数　○○点 |
|---|---|---|---|
| ○○○ | | | 合計金額　○○円 |

振込先が薬局等の場合（職員口座への支払でない場合）
この証明欄は記入不要です。

上記の事項は事実と相違ないことを証明します。　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。）

平成　　年　　月　　日

薬局の　所在地
　　名称
　　薬剤師の氏名　　㊞

【様式第６号　記載例③　自己負担分の請求】

・自己負担の補装具代、診断書料　　等

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福岡県支部長　殿

〒８１２－８５７７
福岡市博多区東公園７番７号
地方公務員災害補償基金福岡県支部
TEL　092-643-3031　FAX　092-633-3438

下記の療養補償を請求します。

請求年月日　平成　○○　年　○　月　○　日

請求者の住所　○○市○○丁目　○番○号

ふりがな　ふくおか　はなこ
氏　　名　福岡　花子　㊞

**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　住　　所
　　医療機関等の名称
　　氏名（代表者名）　　㊞

**２　被災する職員に関する事項**

| | | |
|---|---|---|
| 所属団体名　○○市 | | 所属部局名（電話番号○○○－○○○○－○○○○）　○○市○○課 |
| 氏　　名　福岡　花子<br>昭和○○年　○月　○日生（○歳） | | 職　　名　主任主事　☑常勤　□常勤的非常勤<br>負傷又は発病の年月日　平成　○○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 |
| | 平成　年　月　日から　平成　年　月　日まで　日間　（看護師の資格　□有　□無） | 円 |
| ６　移送費 | □交通費　から　まで　キロメートル　□片道　□往復　回 | 円 |
| | □その他の移送費 | |
| ７ | | 補装具代　○○○○円 |
| ８ | | ○○○○円 |

職員本人の口座の振込先を記載してください。間違えないように、必ず正式名称でお願いします。

**９　送金希望の場合**

| | | |
|---|---|---|
| 振込先 | ○○　支店<br>口座番号　○○○○○○○<br>☑普通預金　□当座預金 | 預金名義者名　法人機関又は役職の名称（個人名義の場合は記入不要です。）<br>（フリガナ）　フクオカ　ハナコ<br>氏　　名　福岡　花子 |
| 送金小切手 | 銀行　　支店 | |
| その他 | | |

| ＊受理 | ＊通知 | ＊支払 | ＊決定金額 |
|---|---|---|---|
| 平成　年　月　日 | 平成　年　月　日 | 平成　年　月　日 | 円 |

＊10　診療費請求明細

（職員氏名）　**福岡　花子**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 傷病名 | ア　**左足関節外果骨折**<br>イ　**左大腿部打撲**<br>ウ　**左橈骨遠位端骨折** | 診療開始日 | ア平成　○年　○月○日<br>イ平成　　年　　月　　日<br>ウ平成　　年　　月　　日 |
| 診療期間 | 平成○年○月○日から<br>平成○年○月○日まで | | |
| 初診 | 時間外・休日・深夜　　回<br>点 | 診療実日数 | ○日 |
| 再診 | 再診　×　回<br>外来診療料　×　回<br>継続管理加算　×　回<br>外来管理加算　×　回<br>時間外　×　回<br>休日　×　回<br>深夜　×　回 | 傷病の経過 | |
| 指導 | | 転帰 | 平成　○　年　○　月　○　日<br>治ゆ　継続　転医　中止　死亡 |
| 在宅 | 往診　回<br>夜間　回<br>深夜・緊急　回<br>在宅患者訪問診察　回<br>その他<br>薬剤　回 | 摘要 | |
| 投薬 | 内服　薬剤　単位<br>内服　調剤　×　回<br>屯服　薬剤　単位<br>屯服　調剤　×　回<br>外用　薬剤　単位<br>外用　調剤　×　回<br>処方　×　回<br>麻毒　回<br>調基 | | |
| 注射 | 皮下筋肉内　回<br>静脈内　回<br>その他　回 | | |
| 処置 | 回<br>薬剤　回 | | |
| 手術麻酔 | 回<br>薬剤　回 | | |
| 検査 | 回<br>薬剤　回 | | |
| 画像診断 | 回<br>薬剤　回 | | |
| その他 | | | |
| 入院 | 入院年月日　平成　年　月　日<br>病・診・衣<br>入院基本料・加算<br>×　日間<br>×　日間<br>×　日間<br>×　日間<br>特定入院料・その他 | 食事 | 基準<br>円×　日間<br>円×　日間<br>円×　日間 |

請求内容が「診療費」の場合（明細を必要とする請求の場合）は、医療機関で明細を記載してもらって下さい。なお、記載に代えて電算の帳票を添付しても結構です。

補装具代、文書料のみの場合は、証明不要です。

被災職員は、定められた添付資料（領収書、その他）を確認し、添付して、所属に速やかに提出してください。

所属は、速やかに基金福岡県支部に提出してください。

請求内容が「診療費」の場合は、この欄に、医療機関から証明を受けて下さい。

| | |
|---|---|
| 診療報酬点数表により計算でき | 円 |
| 診療報酬点数により計算できな　額等 | 円 |
| 診療費請求合計額 | 円 |

上記の事項は事実と相違ないことを証明します。（この記入は、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。）

平成　　年　　月　　日

診療機関の　所在地<br>名称<br>医師の氏名　　㊞

# 個室・上級室使用証明書

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | 認定番号 | |
| 所属団体 | | 所属部局 | |
| 被災職員氏名 | | 災害発生年月日 | 平成　　年　　月　　日 |
| 傷病名 | | | |
| 入院期間 | 平成　　年　　月　　日から　　年　　月　　日 | | 日間 |
| 個室・上級室を必要とした期間 | 平成　　年　　月　　日から　　年　　月　　日 | | 日間 |
| 個室、上級室を必要とした理由<br><br>(該当項目に○印をつけてください) | ア　療養上、他の患者から隔離しなければ、適切な診療を行うことができなかった。<br>イ　傷病の状態から、隔離しなければ他の患者の療養を著しく妨げるおそれがあった。<br>ウ　普通室が満床であり、かつ、緊急に入院療養させる必要があった。<br>エ　その他（具体的に記入してください。） | | |
| 等級別病室明細 | | 個室 | 上級室<br>(　　人部屋) |
| | 1日当たり室料差額 | 円 | 円 |

上記のとおり相違ないことを証明します。

平成　　年　　月　　日

医療機関の　所在地

名称

医師の氏名　　㊞

地方公務員災害補償

# 交通費証明書

| 認定番号 | |
|---|---|

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 被災職員に関する事項 | 所属団体 | | 所属部局 | |
| | 職名 | | 氏名 | （　歳） |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 2 通院等に関する事項 | 災害発生日 | 平成　年　月　日 | 初診日 | 平成　年　月　日 |
| | 傷病名 | | | |
| | 入院期間 □有、□無 | 平成　年　月　日から平成　年　月　日まで……日間 | | |
| | 通院等の期間 | 平成　年　月　日から平成　年　月　日まで……日間 | | |

通院等した回数

……回

（(イ)＋(ロ)＋(ハ)）

| 通院等回数 | | 通院等した月日 |
|---|---|---|
| 回 | 月 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 日 |
| (イ) | | 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 |
| 回 | 月 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 日 |
| (ロ) | | 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 |
| 回 | 月 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 日 |
| (ハ) | | 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 |

| | |
|---|---|
| 交通機関等の種類 | □ＪＲ　□私鉄　□バス　□自家用車両（自転車・荷車等の軽車両を除く。）<br>□タクシー（ハイヤーを含む。） |
| 上記中タクシーを利用した期間 | 平成　年　月　日から平成　年　月　日まで……日間 |
| タクシーを利用しなければならなかった理由 | |

上記のとおりであったことを証明します。

平成　年　月　日

医療機関の　所在地<br>名称

医師　　㊞

| 3 交通費の明細に関する事項 | 通院等の期間（日） | 利用交通機関等の種類 | 通院等の区間 | | | 往復距離 | 交通費 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 出発地 | 経由地 | 到着地 | | 往復の交通費A | 通院等の回数B | A×B |
| | | | | | | km | 円 | 回 | 円 |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | 合計 | | | | | | | | |

上記のとおり交通費を必要としたことを証明します。

平成　　年　　月　　日

所在地

所属部局　名称

長の職・氏名　　㊞

〔注意事項〕

1．タクシー、ハイヤーにより入院、退院、転院、通院（以下「通院等」という。）した場合にのみ「2」欄の「上記中タクシーを利用した期間」及び「タクシーを利用しなければならなかった理由」欄に医師の証明を受けてください。なお、この場合には、医師の証明のほかに必ず請求者が作成した療養の状況及び経過等を記した資料並びに領収書又は請求書を添付してください。

2．自家用車両を使用し、通院等した場合には、「3」欄の「利用交通機関等の種類」欄に二輪又は四輪等の区分を付記してください。なお、この場合には「交通費」欄の「A」欄の記載は不要です。

3．この証明書は、「療養補償請求書」に添えて提出してください。ただし、この証明書を添えて通院等に要した費用を請求されても、当支部が療養上必要と認めるもの以外は補償の対象といたしませんので予めご承知おきください。

4．この文書料は、診療費に含めて請求してください。

略図

# 歯科補綴等見積書

被災者　住　　所

氏　　名

傷病名

上記の者に対する補綴等の見積りは、次のとおりです。

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 歯冠修復の方法<br>欠損補綴 | | | | | |
| 使用材料 | | | | | |
| 1歯当たりの単価 | | | | | |
| 補綴を必要とする歯 | ―――――＋――――― 歯 | | | | |
| 上記材料を使用する理由（効果及び技術上の必要性） | | | | | |

平成　　年　　月　　日

地方公務員災害補償基金福岡県支部長　様

医療機関　所在地

名　　称

歯科医師氏名　　㊞

記載例

# 転　　医　　届

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | 認定番号 | ○○－○○○○○○ |
| 所属団体 | ○○町 | 所属部局 | ○○町○○課 |
| 被災職員氏名 | 博多　一男 | 災害発生年月日 | 平成　○○年　○月　○日：「 |
| 傷病名 | 頚椎捻挫、頭部裂傷、左第６肋骨骨折 | | |
| 現在受診している医療機関 | 所在地 | ○○市○○　○－○ | |
| | 名称 | ○○病院 | |
| | 療養期間 | 平成　○○　年　○月　○日から<br>○○　年　○　月　○　日まで　　○○　日間 | |
| 転医もしくは精密検査を受けようとする医療機関 | 所在地 | ○○市○○　○－○ | |
| | 名称 | ○○医院 | |
| | 転医（検査受診）月日 | 平成　○○　年　○　月　○　日 | |

転医（精密検査）の理由（該当するものの記号を○で囲

ア　医師から指示があったため（下欄に医師の証明

(イ)　継続的な通院が必要で、（(自宅)・勤務地）に近

ウ　その他（

医師の証明（医師の指示により転医（精密検査）した

次の理由により＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

転医（精密検査）の理由

（　　）

平成　　年　　月　　日

所在地

医療機関の　名称

医師の氏名

・認定時の医療機関受診報告書では報告していない病院に転医することとなった場合に提出。

・医師の指示による場合、理由と証明を転医前の医師に記入してもらうこと。通院の都合のため勤務地や自宅近くの医療機関に転医する場合は、医療機関の証明は不要。

・脱臼・骨折で整形外科等から接骨院・整骨院に転医する場合は、必ず転医前の医師が転医に同意する証明が必要。

上記のとおり転医したいので、届け出します。

平成　○○　年　○　月　○　日

被災職員氏名　　博多　一男　　㊞

地方公務員災害補償基金福岡県支部長　殿

# 転　　医　　届

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | 認定番号 | |
| 所属団体 | | 所属部局 | |
| 被災職員氏名 | | 災害発生年月日 | 平成　　年　　月　　日 |
| 傷病名 | | | |
| 現在受診している医療機関 | 所在地 | | |
| | 名称 | | |
| | 療養期間 | 平成　　年　　月　　日から<br>年　　月　　日まで　　日間 | |
| 転医もしくは精密検査を受けようとする医療機関 | 所在地 | | |
| | 名称 | | |
| | 転医（検査受診）月日 | 平成　　年　　月　　日 | |

転医（精密検査）の理由（該当するものの記号を○で囲んでください）

ア　医師から指示があったため（下欄に医師の証明）

イ　継続的な通院が必要で（自宅・勤務地）に近いため

ウ　その他（　　）

医師の証明（医師の指示により転医（精密検査）した場合のみ）

次の理由により＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿へ転医させたことを証明します。

転医（精密検査）の理由

（　　）

平成　　年　　月　　日

医療機関の　所在地

名称

医師の氏名　　㊞

上記のとおり転医したいので、届け出します。

平成　　年　　月　　日

被災職員氏名　　㊞

地方公務員災害補償基金福岡県支部長　殿

（補足）「療養の現状等に関する報告書」について

1　認定後、療養の開始後6か月を経過して引き続き療養を要する場合、Ｐ９７「療養の現状等に関する報告書（療養６か月・１年経過用）」を提出すること。

更に１年を経過して引き続き療養を要する場合も、同報告書を提出すること。

Ｐ９７の報告書様式については、医療機関の証明を得る必要はないこと。

2　療養の開始後１年６か月を経過して引き続き療養を要する場合、Ｐ９８～９９の「療養の現状等に関する報告書（様式第38号）」を提出すること。
Ｐ９８～９９の報告書様式については、医療機関の証明が必要であること。

3　上記１及び２については、療養を継続する場合にのみ、提出すること。
「治ゆ（症状固定）」である場合は、Ｐ１０１の「治ゆ（症状固定）報告書」を提出すること。

# 療養の現状等に関する報告書（療養６か月・１年経過用）

| 認定番号 | |
|---|---|

地方公務員災害補償基金福岡県支部長　殿

療養の現状等について下記のとおり報告します。

平成　　年　　月　　日

報告者の住所……

……

ふりがな

氏　　名……㊞

所属団体名・所属部局名……

……

| | |
|---|---|
| １　負傷又は発病の年月日 | 平成　　年　　月　　日 |
| ２　療養開始の年月日 | 平成　　年　　月　　日 |
| ３　傷　　病　　名 | |

４　療養の経過

受診医療機関名、診療頻度（月○回、週○回）、療養内容、経過、治ゆ（症状固定）の見込みを記載すること。

（骨折後の抜釘等が予定されている場合、手術日）

□　決まっている　　（　　年　　月　　日頃）

□　決まっていない　　（　　年　　月頃を予定）

１　公務災害・通勤災害認定を受け、災害から引き続き療養が　①6か月を経過したとき　②1年を経過したときに、それぞれ所属を通じて地方公務員災害補償基金福岡県支部あてに提出すること。

２　経過の内容については、①6か月を経過したとき　認定時の「療養の経過に関する報告書」以降の内容、②1年を経過したとき　前回の報告以降の内容としてよいこと。

３　「報告者の氏名」の欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができる。

４　既に「治ゆ（症状固定）」している場合は、この報告書によらず、「治ゆ報告書」を提出すること。

別紙２

様式第38号

# 療養の現状等に関する報告書

| 認定番号 | |
|---|---|

地方公務員災害補償基金福岡県支部長　殿

療養の現状等について下記のとおり報告します。

平成　　年　　月　　日

報告者の住所 .....

.....

氏　ふりがな　名 ..... ㊞

所属団体名・所属部局名 .....

.....

| | |
|---|---|
| 1　負傷又は発病の年月日 | 平成　　年　　月　　日 |
| 2　療養開始の年月日 | 平成　　年　　月　　日 |
| 3　傷病名 | |
| 4　療養の経過 | |
| 5　日常生活の概要 | |

〔注意事項〕

1　報告者は、医師の証明の欄には記入しないこと。

2　「報告者の氏名」の欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができる。

※災害補償制度でいう「治ゆ」とは、「完全治ゆ」のほか、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「**症状固定**」を含みます。

＊6　医　師　の　証　明

(1)　傷病の種類（傷病名・傷病の部位等）

(2)　傷病の経過及び治療方法の概要

(3) ア　傷病の現状

イ ①～③までのいずれに該当するか○印をしてください。（※）
① 完全治ゆしている。
② 症状が固定している。（①を除く。）
③ 症状が固定していない。
その場合症状固定の見込み時期　　年　　月頃

(4)　傷病の今後の見込み

（報告者の氏名）

……については上記のとおりであると認めます。

平成　　年　　月　　日

医療機関の
所在地
名称
医師の氏名　　㊞

記 載 例

# 治 ゆ （症状固定） 報 告 書

提出年月日を記入してください。

平成○○年○○月○○

地方公務員災害補償基金福岡県支部長　殿

被災職員
所属団体　○○市
部局　○○部○○課
氏　名　福岡　花子　印

該当するものにチェックしてください。

押印してください。

下記のとおり
☑ 治ゆし、療養の必要がなくなりました
□ 症状固定しました
ので報告します。

| | |
|---|---|
| 1 認定番号 | ○○－○○○○○○ |
| 2 被災年月日 | 平成○○年　○○月　○○日 |
| 3 傷病名 | 左足関節外果骨折、左大腿部打撲、左橈骨遠位端骨折 |
| 4 治ゆ年月日（症状固定年月日） | 平成○○年　○○月　○○日 |

認定番号を必ず記入してください。

認定傷病名を全て記入してください。

治ゆ（症状固定）年月日を記入してください。（報告書の作成日ではありません。）

診療開始日を記入

各医療機関の診療最終日を記入してください。

| 5 受診医療 | 病（医）院・薬局名 | 診療 |
|---|---|---|
| | Aクリニック | 平成○○年○○月○○日～平成○○年○○月○○日 |
| | ○○調剤薬局 | 平成○○年○○月○○日～平成○○年○○月○○日 |
| | B整形外科 | 平成○○年○○月○○日～平成○○年○○月○○日 |

認定申請時の支払方法ではなく、実際に支払った方法の欄に印をつけてください。

| | |
|---|---|
| 6 支払方法 | ☑ 公災法　□ 共済　□ 自動車保険<br>□ そ |
| 7 後遺障害の有無 | □ 有<br>☑ 無 |

残存している症状が地方公務員災害補償法施行規則別表に定める程度であると主治医に診断された場合にのみ、「有」にチェックしてください。
例）第 1級 両眼が失明しているもの。
例）第14級 一手の母趾指以外の手指の指骨の一部を失ったもの。
※ 違和感がある、時々痛む等の症状が残っていても、その程度が法別表の第1級から第14級に該当せず軽微である場合には、後遺障害「無」になります。

上記のとおり相違ないことを証明します。
平成　○○年　○○月　○○日

被災職員の所属長の証明を付して下さい。
認定申請時と所属が異なる場合は新所属の長の証明を付すこと。（医療機関の証明ではありません）

所属長　○○市○○課長　○○○○　角印

押印してください。

# 治　ゆ　（症状固定）　報　告　書

平成　　年　　月　　日

地方公務員災害補償基金福岡県支部長　殿

被災職員
- 所属団体
- 部局名
- 氏　　名　　印

下記のとおり（□ 治ゆし、療養の必要がなくなりました　□ 症状固定しました）ので報告します。

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | 認定番号 | | |
| 2 | 被災年月日 | 年　月　日 | |
| 3 | 傷病名 | | |
| 4 | 治ゆ年月日<br>（症状固定年月日） | 年　月　日 | |
| 5 | 受診医療機関等 | 病（医）院・薬局名 | 診療期間 |
| | | | 年　月　日～　年　月　日 |
| | | | 年　月　日～　年　月　日 |
| | | | 年　月　日～　年　月　日 |
| 6 | 療養費の支払方法 | □ 公災法　□ 共済　□ 自動車保険<br>□ その他（　　） | |
| 7 | 後遺障害の有無 | □ 有<br>□ 無 | ※有の場合その部位及び程度を具体的に記入 |

上記のとおり相違ないことを証明します。

平成　　年　　月　　日

所属長　　角印

（注１）５は受診した全ての医療機関名（薬局含む）を順次記載すること。
（注２）７の後遺障害とは地方公務員災害補償法施行規則別表第三の障害等級に該当する障害をいうこと。
（注３）後遺障害を有とする場合は、必ず主治医に治ゆ日（症状固定日）を確認すること。（医師の証明取得は不要。）