【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**  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てください。（薬局への振込を了承する証明です。） | | | | | 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　　令和　○○　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、代表者を記載してください。 | | | | | | |
| 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。  住　　所 ○市○○丁目○－○ ＴＥＬ○○○－○○○－○○○○  　　 受任者の 医療機関等の名称 ○○薬局  氏名（代表者名）　　　代表取締役　　○○　○○ | | | | | | |
| ２  被関  災す  職る  員事  に項 | 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　　　　 　　 ☑常　　　　勤  　　　　主任主事　　　　 　　□令第１条職員 | | | |
| 負傷又は  発病の年月日 | | 令和　○○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  ③【薬局が記入】  薬局は、４，８に金額を記載してください。 | | □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 看護師の資格  　　　　 　　　　　　　　　 　 日間  平成 年　　月　　日まで □有　□無 | | | | | 円 |
| ６　移　　 送 費  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。 | | □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。）  カ）○○ヤツキヨクダイヒヨウトリシマリヤク  株式会社　○○薬局　代表取締役 |
| 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   （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 |
| * 通知   　　　　年　　月　　日 | | * 支払   　　　　年　　月　　日 | | * 決定金額   　　　　　　　　　　　　　　　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 | | | 令和○○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 | | | | | | | 調調剤数量 | 調 剤 報 酬 点 数 | | |
| 医 療 品 名・規 格・用 量・  剤 型・用 法 | | | | | | 単　位  薬剤料 | 調剤料 | 薬剤料 | 加算料 |
|  | ○・○ | ○・○ | | | | ○○○○○○    ○○○○○○    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。  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。 | | | | | | 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。 | ・ | | | |  |
|  | ・ | ・ | | | |  |
|  | ・ | ・ | | | |  |
|  | ・ | ・ | | | |  |
|  | ・ | ・ | | | |  |
|  | ・ | ・ | | | |  |
|  | ・ | ・ | | | |  |
|  | ・ | ・ | | | |  |
|  | ・ | ・ | | | |  |
|  | ・ | ・ | | | |  |
|  | ・ | ・ | | | |  |
|  | ・ | ・ | | | |  |
|  | ・ | ・ | | | |  |
|  | ・ | ・ | | | |  |
|  | ・ | ・ | | | |  |
|  | ・ | ・ | | | |  |
| 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。）  　　　年　　月　　日    所 在 地  薬局の　 名 称  　　　　　 薬剤師の氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | |