【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　　　　　　　　　　　　　 |