

* 4 整理番号

医療機関コード

地方公務員 災害補償
診療報酬請求書 年 月分

〒650-8567
神戸市中央区下山手通5丁目10番1号
兵庫県企画県民部管理局職員課内
電話 078-341-7711 内線2587・2588
ダイヤルイン 078-362-3122
地方公務員災害補償基金 兵庫県支部長 様
下記の療養補償を請求します。

1 病院
又は
診療所

郵便番号 〒 -
所在地
名称 ⑩
代表者 (担当者 -)
電話番号 - -

認定番号を記入して下さい。

医療機関コード欄には、社会保険医療機関コード番号を必ず記入して下さい。

2 請求金額 円

3 請求年月日 令和 年 月 日

5 認定番号 (8桁) 第 号

6 被災職員
所属団体名
氏名 (大・昭・平 年 月 日生) 男 女

12 振込先
銀行名 銀行 支店 *受理 令和 年 月 日
預金種類 普通 当座 別段 総合 *支払 令和 年 月 日
名義 (カタカナで記入して下さい) * 決定金額 円
口座番号

【注意事項】

- *の欄は記入しないこと。該当する□にレ印を記入すること。
- 「2 請求金額」の欄は、「13 診療報酬請求明細」の「C 請求総額」の欄の金額に一致すること。
- 「12 振込先」の欄は、該当費用の支給が決定されたときに、振込を希望する銀行名、預金種別、口座名義（カタカナで記入すること）、口座番号を記入すること。
- 「13 診療報酬請求明細」の欄の記入に際しては、「健康保険法の規定による療費に要する費用の額の算定方法」に準じ、点数により算定するものについては、⑪～⑳までの点数欄にその点数を記入し、金額のみにより算定するものについては⑪～⑳までの金額欄に記入すること。また、㉔欄については該当するものを○で囲むこと。なお、診断書料は原則として1災害について1通に限ること。
- 薬剤師が摘要欄に記入できないときは、別紙の用紙を用い、本欄には「別紙のとおり」と記入すること。なお、別紙に代表者又は医師の証明をすること。
- 1点単価は12円50銭とする。ただし、官公立医療機関は別途契約した金額による。
- この請求書の提出先は、兵庫県医師会所属の医療機関（官公立を除く。）については兵庫県医師会（〒651-8555 神戸市中央区磯上通6丁目1-11 電話078-231-4114）その他の医療機関については基金支部です。

13 診療報酬請求明細														
5 認定番号		第		—		号		6 被災職員名						
7 診療期間	年		月		日		8 現在の状況	年		月		日		現在
	診療実日数		日間		から			まで		<input type="checkbox"/> 治ゆ <input type="checkbox"/> 転医 <input type="checkbox"/> 継続中		<input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 死亡		
9 傷病名	(1)			10 診療開始日	(1)	年	月	日	11 傷病の経過					
	(2)				(2)	年	月	日						
	(3)				(3)	年	月	日						
	(4)				(4)	年	月	日						
	(5)				(5)	年	月	日						
診療内容				点数	金額		摘要							
⑪	初診	時間外・休日・深夜			点	円								
⑫ 再診	再診	×	回											
	外来管理加算	×	回											
	時間外	×	回											
	休日	×	回											
	深夜	×	回											
⑬	指導													
⑭ 在宅	往診				回									
	その他				回									
⑯ 投薬	⑲ 内服	薬剤 調剤	×	単位										
	⑳ 頓服		薬剤		単位									
	㉑ 外用	薬剤 調剤	×	単位										
	㉒ 処方		×	回										
	㉓ 麻毒	×	回											
	㉔ 調基			回										
	⑰ 注射	㉕ 皮下筋肉内				回								
㉖ 静脈内					回									
㉗ その他					回									
⑱ 処置				回										
⑲ 手術				回										
	麻酔				回									
⑲ 検査				回										
	薬剤				回									
⑲ 画像診断				回										
⑲ その他	診断書料				通									
	処方せん	×	回											
	薬剤				回									
⑲ 救急医療管理加算				回										
⑲ 入院	入院年月日		年 月 日				個室、上級室使用証明欄							
	病院			入院料（入院環境料・看護料・給食料）	点	必要とした期間	年 月 日		から		日 日	まで		
		食有	×				日間							
	診療所			食無	×	日間								
				特食	×	日間								
				入院時医学管理料	×	日間								
基食	普食	×	日間											
	衣	×	日間											
その他				特定入院料										
				室料（1日）						円				
A 点数医により請求するものの合計額				点	円						円			
B 金額により請求するものの合計額												円		
C 請求総額（A+B、円未満切捨て）												円		