

地方公務員災害補償
療養費請求書

基金支部様式第1号

地方公務員災害補償基金

神戸市支部長様

下記の療養費を請求します。

年 月 日

医療機関の
郵便番号
所在地
名称
氏名
電話

印

請求金額 (別紙診療費内訳のとおり)		円
患者氏名		他 名分
送金先	振込先銀行	銀行 支店
	預金科目 (レ印を記入)	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金
	口座番号	
	口座名義	フリガナ

〔注意事項〕

- この請求書は、兵庫県医師会に所属する医療機関（官公立を除きます。）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番11号 ☎078-231-4114）に提出してください。その他の医療機関については、本様式ではなく、療養補償請求書（基金様式第6号）にて、地方公務員災害補償基金神戸市支部（〒650-8570 神戸市中央区加納町6丁目5番1号 神戸市役所行財政局給与課内 ☎078-322-6921）に提出してください。
- 支払は地方公務員災害補償基金神戸市支部より口座振替により行いますので、「送金先」の欄に所定の事項を必ず記入してください。（預金名義は預金通帳に記載されているとおり、省略せずに正しく、フリガナも添えて記入してください。）
- 年月日の記載には元号を用いてください。

決定金額	円
------	---

※決定金額は記入しないでください。

診療費請求明細書 (

年

月分 第

回)

基金支部様式第1号

医療機関名

認定番号	—	所属部局					患者氏名				
診療期間	年	月	日から	診療実日数	日	現状	<input type="checkbox"/> 治ゆ	<input type="checkbox"/> 死亡	<input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 継続	<input type="checkbox"/> 転医
傷病名	①	療養開始日	①	年	月	日	今後の療養予定	治ゆ(症状固定)予定時期 年 月頃			
	②		年	月	日						
	③		年	月	日						
	④		年	月	日						
	⑤		年	月	日						
診療内容			点数(点)		金額		摘要				
11 初診	<input type="checkbox"/> 時間外 <input type="checkbox"/> 休日 <input type="checkbox"/> 深夜				円						
12 再診	再診	×	回								
	外来診療料	×	回								
	継続管理加算	×	回								
	外来管理加算	×	回								
	時間外	×	回								
13 指導	休日	×	回								
	深夜	×	回								
	深夜	×	回								
14 在宅	往診		回								
	夜間		回								
	深夜・緊急		回								
	在宅患者訪問診察		回								
	その他		回								
20 投薬	内服	薬剤	×	単位							
	調剤	薬剤	×	単位							
		薬剤	×	単位							
	外用	薬剤	×	単位							
30 注射	処方	×	回								
	麻毒		回								
	調基		回								
40 処置	皮下筋肉内		回								
	静脈内		回								
	その他		回								
50 手術	薬剤		回								
	薬剤		回								
60 検査	薬剤		回								
	薬剤		回								
70 画像診断	薬剤		回								
	薬剤		回								
80 その他	文書料 ()										
	救急医療管理加算 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来										
	薬剤										
90 入院	入院年月日	平成 年 月 日									
	病・診・衣	90 入院基本料・加算	×	日間							
			×	日間							
			×	日間							
			×	日間							
92 特定入院料・その他	食事	基準	円×	日間							
			円×	日間							
			円×	日間							
合計点数			(A)								
小計			(A) × 12.5円								
			(B) 円		(C) 円						
					請求額 (B) + (C) 円						