

国家公務員災害補償
療養補償請求書

病院等向け
記入例

1号紙

請求回数 第 回

赤文字 : 病院等が記入
青文字 : 請求者等が記入
網掛け部 : 記入不要

ご所属の補償担当者に確認のうえ、
記入してください。

(実施機関の長の官職氏名) ◆◆◆◆ ◆◆ ◆◆ 殿 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 ●●県●●市●●町●● 氏名 防衛 太郎
(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 ○○クリニック に委任します。 氏名 防衛 太郎			
(委任に基づく支払請求) 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。 者の住所 ●●県●●市●●町●● 名 ○○クリニック 院長 補償 次郎			
1 (所属部署) 受領委任欄に記入がない場合は、記入方法が異なる可能性があるため、補償担当者へお問い合わせください。 <input type="checkbox"/> 非常勤		2 (氏名) 年 月 日生	
		4 (負傷又は発病年月日) 年 月 日	
5 診療費	内訳は「11医師の証明」欄記載のとおり	△△, △△△ 円	
6 調剤費	内訳は「12薬剤師の証明」欄記載のとおり	円	
7 看護料	<input type="checkbox"/> 訪問看護 内訳は「13訪問看護事業者の証明」欄記載のとおり	円	
	令和 年 月 日から 日間 (看護師の資格) 令和 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	円	
8 移送費	(交通費) から まで キロメートル <input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復	円	
	(その他の移送費)	円	
9 上記以外の療養費	診断書料	◎, ◎◎◎ 円	
10 療養補償請求金額		□□, □□□ 円	
※受理 令和 年 月 日	※決定 令和 年 月 日	※支払 令和 年 月	円 消費税は非課税となります。
			添付書類 枚

- 注 1 請求者は、※印の欄には記入しないこと。該当する□にレ印を記入すること。
- 2 「(補償費用の受領委任)」の欄には、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補償費用の受領を委任しようとする場合にのみ記載し、その他の場合には記入しないこと。
- 3 「7 看護料」及び「8 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 「9 上記以外の療養費」の欄には、入院料に食料料を含まない場合の食料料及び療養に必要な治療材料等の名称、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 2号紙、3号紙又は4号紙の記入に代えて同様事項を記載した医師、薬剤師、柔道整復師又は訪問看護事業者の証明書を添付してもよい。

認定傷病名を記載してください。

※11 医師の証明 (患者氏名) 防衛 太郎

傷病名 左足関節捻挫

傷病の経過 (現在の状態) 令和 5 年 3 月 31 日 □ 治癒 □ 死亡 □ 転医 □ 中止 ■ 継続中 (診療期間) 令和 5 年 3 月 27 日から 令和 5 年 3 月 31 日まで 5 日間 診療実日数 1 日

診療費の内訳 別紙のとおり 金額(円)

診察 初診 再診 在宅 〇,〇〇〇

投薬 内服 外用 調剤 基 〇,〇〇〇

レセプト等を添付する場合は、「診療費の内訳」に「別紙のとおり」と記載してください。その際、この範囲の詳細・金額を記入する必要はありません。

注射 皮下筋肉内 静脈内 その他

処置 (処置名・回数等) 〇,〇〇〇

手術・麻酔 (手術名・回数等)

検査 (検査名・回数等)

画像診断 (画像診断名・回数等) 〇,〇〇〇

その他

入院 期間 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間 基食 特3 基1 入院時基本診療料(入院料) (室料・看護料・給食料) 普食 特1 基1 入院時医学管理料 基寝・衣 基I 他2 基II 他3 この金額を1号紙の「5 診療費」に記入してください。

診療費の合計 △△, △△△ 円

上記の事項は事実と相違ないことを証明します。 令和 5 年 4 月 1 日 病院又は診療所の 所在地 ●●県●●市●●町●● 名称 ○○クリニック 医師氏名 補償 次郎

国家公務員災害補償
療養補償請求書

薬局等向け
記入例

1号紙

請求回数 第 回

赤文字 : 病院等が記入
青文字 : 請求者等が記入
網掛け部 : 記入不要

ご所属の補償担当者に確認のうえ、
記入してください。

(実施機関の長の官職氏名) ◆◆◆◆ ◆◆ ◆◆ 殿 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 ●●県●●市●●町●一●
		氏名 防衛 太郎
(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。		
		氏名 防衛 太郎
(委任に基づく支払請求) 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。		
		請求者の住所 ●●県●●市●●町●一●
		名 ○○薬局 代表 療養 一郎
1 (所属部署) 受領委任欄に記入がない場合は、記入方法が異なる可能性があるため、補償担当者へお問い合わせください。		2 (氏名) 年 月 日生
<input type="checkbox"/> 非常勤		4 (負傷又は発病年月日) 年 月 日
5 診療費	内訳は「11医師の証明」欄記載のとおり	円
6 調剤費	内訳は「12薬剤師の証明」欄記載のとおり	■, ■■■ 円
7 看護料	<input type="checkbox"/> 訪問看護 内訳は「13訪問看護事業者の証明」欄記載のとおり	円
	令和 年 月 日から 日間 (看護師の資格) 令和 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	円
8 移送費	(交通費) から まで キロメートル <input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復	円
	(その他の移送費)	円
9 上記以外の療養費		円
10 療養補償請求金額		■, ■■■ 円
※受理 令和 年 月 日	※決定 令和 年 月 日	※支払 令和 年 月 日
		消費税は非課税となります。
		添付書類 枚

- 注 1 請求者は、※印の欄には記入しないこと。該当する□にレ印を記入すること。
- 2 「(補償費用の受領委任)」の欄には、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補償費用の受領を委任しようとする場合のみ記載し、その他の場合には記入しないこと。
- 3 「7 看護料」及び「8 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 「9 上記以外の療養費」の欄には、入院料に食料料を含まない場合の食料料及び療養に必要な治療材料等の名称、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 2号紙、3号紙又は4号紙の記入に代えて同様事項を記載した医師、薬剤師、柔道整復師又は訪問看護事業者の証明書を添付してもよい。

※12 薬剤師の証明 (患者氏名) 防衛 太郎

処方箋を交付した病院又は診療所の 所在地 ●●県●●市●●町●● 名称 ○○クリニック 医師氏名 補償 次郎

調剤期間 令和 5 年 3 月 27 日から令和 5 年 3 月 31 日まで 5 日間 調剤実日数 1 日

調剤費の内訳 別紙のとおり

Table with columns: 処方月日, 調剤月日, 剤型, 処方, 調剤数量, 薬価, 剤格, 調手数, 剤料, 金額(円). Includes a callout box: 調剤報酬明細等を添付できる場合は、「調剤費の内訳」に「別紙のとおり」と記載してください。その際、この範囲の詳細・金額を記入する必要はありません。

調剤費の合計 ■■■■ 円

処方箋の枚数 1 枚

上記の事項は事実と相違ないことを証明します。 令和 5 年 4 月 1 日 薬局の 所在地 ●●県●●市●●町●● 名称 ○○薬局 薬剤師氏名 療養 一郎

国家公務員災害補償
療養補償請求書

被災者自己負担
記入例

1号紙

赤文字 : 病院等が記入
青文字 : 請求者等が記入
網掛け部 : 記入不要

ご所属の補償担当者に確認のうえ、
記入してください。

請求回数 第 回

(実施機関の長の官職氏名) ◆◆◆◆ ◆◆ ◆◆ 殿 下記の療養補償を請求します。		請求年月日 令和 ● 年 ● 月 ● 日
(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。 氏 名 _____		請求者の住所 ●●●●●市●●町●● 氏 名 防衛 太郎
(委任に基づく支払請求) 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。 請求者の住所 _____ 氏 名 _____		
1 (所属部局) □□□□	2 (氏 名) 防衛 太郎 平成 ● 年 ● 月 ● 日生	
3 (官 職) <input checked="" type="checkbox"/> 常 勤 (<input checked="" type="checkbox"/> 等陸曹) <input type="checkbox"/> 非常勤	4 (負傷又は発病年月日) 令和 ● 年 ● 月 ● 日	
5 診 療 費	内訳は「11医師の証明」欄記載のとおり	円
6 調 剤 費	内訳は「12薬剤師の証明」欄記載のとおり	円
7 看 護 料	<input type="checkbox"/> 訪問看護 内訳は「13訪問看護事業者の証明」欄記載のとおり	円
	令和 年 月 日から 日間 (看護師の資格) 令和 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	円
8 移 送 費	(交通費) から まで キロメートル <input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復	円
	(その他の移送費)	円
9 上記以外の療養費		△, △△△ 円
10 療養補償請求金額		△, △△△ 円
※受理 令和 年 月 日	※決定 令和 年 月 日	※支払 令和 年 月 日
		領収書の金額と一致するように記載してください。 なお、消費税は非課税となります。
		円 枚

- 注 1 請求者は、※印の欄には記入しないこと。該当する□にレ印を記入すること。
- 2 「(補償費用の受領委任)」の欄には、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補償費用の受領を委任しようとする場合にのみ記載し、その他の場合には記入しないこと。
- 3 「7 看護料」及び「8 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 「9 上記以外の療養費」の欄には、入院料に食事を含まない場合の食事料及び療養に必要な治療材料等の名称、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 2号紙、3号紙又は4号紙の記入に代えて同様事項を記載した医師、薬剤師、柔道整復師又は訪問看護事業者の証明書を添付してもよい。