別記様式非則第4号(第8条関係)

療 養 補 償 請 求 書

請求回数	第　　回

長崎県市町村総合事務組合 管理者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様 下記の療養補償を請求します。	請求年月日　　年　　月　　日 請求者の住所 ふりがな 氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

1 補償費用受委任	この請求書による療養補償に費用の受領を＿＿＿＿＿＿＿＿に委任します。 委任者の氏名＿＿＿＿＿＿	
	上記委任に基づき、この請求による療養補償の費用の支払いを請求します。 受任者の住所＿＿＿＿＿＿＿＿ 氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿	
2 被災員関する職にす事項	組合市町村等名	職　名
	氏　名　　年　　月　　日生(　　歳)	
	負傷又は発病の年月日　　年　　月　　日	

3 診療費	内訳は「9診療費請求明細」欄記載のとおり		円
4 看護料	□訪問看護	内訳は「*10訪問看護事業者の証明」欄記載のとおり	円
	□看護婦 □附添婦 □その他	年　月　日から 年　月　日まで　日間	円
5 移送費	交通費 から　まで　□片道 キロメートル　□往復　回		円
	その他の移送費		円
6 上記以外の療養費			円
7 療養補償請求金額(3～6の合計)			円

8 送金希望の場合	口座振替	振込先金融機関名	銀行　支店	＊受理	年　日
		□普通預金　□当座預金		＊決定金額	円
		口座番号			
		預金名義者	フリガナ	＊通知	年　月
	送金小切手	受取先金融機関名	銀行　支店		
	その他			＊支払	年　月

*9 診療費請求明細

(1) 傷病名	ア イ ウ	(2) 診療開始日	ア 年 月 日 イ 年 月 日 ウ 年 月 日	診療期間	年 月 日から 年 月 日まで
				診療実日数	日
				転帰	
				治ゆ / 死亡 / 中止	

(3) 診察料	初診	時間外・休日・深夜 回 点	転医 継続
	再診	再診 回 内科再診 回 時間外 回 休日・深夜 回	
	指導	回	
	往診	普通 回 夜間 回 深夜・暴風雨雪・難路 回	
(4) 投薬料	内服	薬剤 単位 調・処 回	
	屯服	薬剤 単位 調・処 回	
	外服	薬剤 単位 調・処 回	
(5) 注射料	皮下筋肉内	回	
	静脈内	回	
	その他	回	
(6) 処置料		回 回 回	
	薬剤		
(7) 手術・麻酔料		回 回 回	
	薬剤		

<table>
<tr><td>⑻
検査料</td><td colspan="3">薬　剤</td><td colspan="2">回
回
回</td><td rowspan="5"></td><td rowspan="5"></td></tr>
<tr><td>⑼
レントゲン料</td><td colspan="3"></td><td colspan="2">回

回</td></tr>
<tr><td>⑽
その他</td><td colspan="3"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">⑾
入
院</td><td colspan="2">入院年月日</td><td colspan="2">年　月　日</td></tr>
<tr><td rowspan="3">病院</td><td rowspan="2">基食</td><td>看特2</td><td colspan="2">入院時基本診療料
（室料・看護料・給食料）
点
食有　×　日間
食無　×　日間
特食　×　日間</td></tr>
<tr><td>看特1</td><td colspan="2">入院時医学管理料
2週間以内
×　日間
2週間超～1月以内
×　日間
1月超～3月以内
×　日間
3月超　×　日間</td></tr>
<tr><td rowspan="2">普食</td><td>看1</td></tr>
<tr><td rowspan="2">診療所</td><td rowspan="2">基寝・衣</td><td>看2</td></tr>
<tr><td>看3</td></tr>
<tr><td colspan="2">その他</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>⑿</td><td colspan="3">診療報酬点数表により計算できる合計額</td><td colspan="2">合計点数×1点単位
（　　点）×（　　円）</td><td>円</td></tr>
<tr><td>⒀</td><td colspan="3">診療報酬点数表により計算できないもの（例えば診療書料・入院室料差額等）</td><td colspan="2"></td><td>円</td></tr>
<tr><td>⒁</td><td colspan="3">診療費請求合計額</td><td colspan="2">⑿ ＋ ⒀</td><td>円</td></tr>
</table>

上記の事項は事実と相違ありません。（この欄の記入は、診療に当たった医療機関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

診療機関の　所在地
名称
医師の氏名

*10 訪問看護事業者の証明			（患者氏名）
傷　病　名			（訪問看護期間） 年　月　日から 年　月　日まで 訪問介護の回数　回
傷病の経過			
基本療養費	保健婦、看護婦、看護士、理学療法士、作業療法士 円 ×　回　円 準看護婦、準看護士 円 ×　回　円		指示年月日　年　月　日 主治医への直近報告年月日 年　月　日 訪問日 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
管理療養費	初日　円 2回目以降　円		
情報提供療養費	円		提供した情報の概要 情報提供先の市町村名
ターミナルケア療養費	円 死亡年月日　年　月　日		（備考）
合　計	円		

訪問看護の指示を受けた医療機関の名称及び主治医の氏名

医療機関の名称

主治医の氏名

上記の事項は事実と相違ありません。

年　月　日

訪問看護の
- 所在地
- 名　称
- 代表者氏名

〔注意事項〕

1　請求者は、＊印の欄には記入しないこと。また、該当する□に✔印を記入すること。

2　「１補償費用の受領委任」の欄は、診療に当たった医療機関又は訪問看護を行った訪問看護事業者に療養補償の費用の受領を委任しようとする場合にのみ記入すること。

3　「４看護料」及び「５移送費」については、費用の領収書又はこれにかわる証明書及び明細書を添付すること。

4　「６上記以外の療養費」の欄には、入院料に食事代を含まない場合の食事料及び「３診療費」に含まれない療養に必要な治療材料の名称、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　「＊９診療費請求明細」の欄の記入にかえて同様事項を記載した医師、歯科医師又は柔道整復師の証明書を添付してもよいこと。

6　診療報酬点数の算出ができない場合は、金額で記入すること。