別記第５号

非常勤職員公務災害補償等

療養補償請求書

病院の例

原則として月ごとに1葉とすること。

診療費、調剤費及び移送費を同時に請求する時は、各費用ごとに請求書を作成すること。

認定番号	○○－○○
請求回数	第 1 回（○○年 4 月分）

福島県市町村総合事務組合管理者

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○○町○○－○

ふりがな　ふくしまたろう

氏名　福島太郎

記入忘れのないようにお願いします。

本人記入

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 郡山医院　郡山三郎 に委任します。 委任者の氏名　福島太郎	
	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。 受任者の　住所　○○市○○町○○ 医療機関等の名称　郡山医院 氏名（代表者名）　郡山三郎	
2 被災職員に関する事項	市町村（組合）名・部局　○○市	職名（業務内容）　臨時事務補助員
	ふりがな 氏名　福島太郎 昭和○○年○月○○日生（△△歳）	職業・勤務先（組合市町村の部局以外） 負傷又は発病の年月日　令和○年 4 月 2 日

医療機関で記入

3 診療費	内訳は「※10診療費請求明細」欄記載のとおり	407,088 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	□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
	□看護師　年　月　日から □付添婦　日間 □その他　年　月　日まで	円
6 移送費	（交通費）　片道　回 から　まで　キロメートル　往復	円
	（その他の移送費）	円
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）		407,088 円

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名、数量金額を記入すること。

9 医療機関への送金希望の場合	振込先	○○銀行　○○支店	※受理　年　月　日
	預金科目及び口座番号	■ 普通預金　□ 当座預金　No. 1234567	※決定　年　月　日
	預金名義	住所　○○市○○町○○	※支払　年　月　日
		ふりがな　こおりやまいいん　こおりやまさぶろう	※決定額　円
		氏名　郡山医院　郡山三郎	

ふりがなを忘れないようにお願いします。

別記第５号

非常勤職員公務災害補償等

療養補償請求書

薬局の例

原則として月ごとに1葉とすること。

薬局分だけ先に請求書を送付してこられる所がありますが、「処方箋を交付した医療機関の名称等」を確認しなければなりませんので、医療機関の請求書と一緒に提出されるようお願いします。

認定番号	○○－○○
請求回数	第 1 回（○○年 4 月分）

福島県市町村総合事務組合管理者

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○○町○○－○

ふりがな　ふくしまたろう

氏名　福島太郎

記入忘れのないようにお願いします。

本人記入

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 磐城薬局　磐城一郎 に委任します。 委任者の氏名　福島太郎	
	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。 受任者の　住所　○○市○○町○○ 医療機関等の名称　磐城薬局 氏名（代表者名）　磐城一郎	
2 被災職員に関する事項	市町村（組合）名・部局　○○市	職名（業務内容）　臨時事務補助員
	ふりがな 氏名　福島太郎 昭和○○年○月○○日生（△△歳）	職業・勤務先（組合市町村の部局以外） 負傷又は発病の年月日　令和○年 4 月 2 日

薬局で記入

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	5,420 円
5 看護料	□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
	□看護師　年　月　日から □付添婦　日間 □その他　年　月　日まで	円
6 移送費	（交通費）　片道　回 から　まで　キロメートル　往復	円
	（その他の移送費）	円
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）		5,420 円

ふりがなを忘れないようにお願いします。

9 医療機関への送金希望の場合	振込先	○○銀行　○○営業部	
	預金科目及び口座番号	■ 普通預金　□ 当座預金　No. 1234567	
	預金名義	住所	○○市○○町○○
		ふりがな	いわきやっきょく　いわきいちろう
		氏名	磐城薬局　磐城一郎

※受理	年　月　日
※決定	年　月　日
※支払	年　月　日
※決定額	円

別記第５号

非常勤職員公務災害補償等

療養補償請求書

移送費の例

移送費明細書等を添付のこと。

認定番号	○○－○○
請求回数	第 1 回（○○年 4 月分）

福島県市町村総合事務組合管理者

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○○町○○－○

ふりがな　ふくしまたろう

氏名　福島太郎

本人記入

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　　に委任します。 委任者の氏名
	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。 受任者の　住所 医療機関等の名称 氏名（代表者名）
2 被災職員に関する事項	市町村（組合）名・部局：○○市 職名（業務内容）：臨時事務補助員
	ふりがな 氏名：福島太郎 昭和○○年○月○○日生（△△歳） 職業・勤務先（組合市町村の部局以外） 負傷又は発病の年月日：令和○年 4 月 2 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	□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
	□看護師　年　月　日から □付添婦　日間 □その他　年　月　日まで	円
6 移送費	（交通費）　片道 （片道）　2 回 自宅から　病院まで　10.7 キロメートル　往復	1,554 円
	（その他の移送費）	円
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）		1,554 円

9 医療機関への送金希望の場合	振込先	銀行　営業部	
	預金科目及び口座番号	□ 普通預金　No. □ 当座預金	
	預金名義	住所	
		ふりがな	
		氏名	

※受理	年　月　日
※決定	年　月　日
※支払	年　月　日
※決定額	円

ここには記載しないで、「口座振込依頼書」を作成すること。