

地方公務員災害補償

診 療 費 請 求 書

請 求 金 額								円
---------	--	--	--	--	--	--	--	---

(請求内訳裏面のとおりに)

上記の診療費を請求します。

年 月 日

地方公務員災害補償基金

神 奈 川 県 支 部 長 殿

実施医療機関の

所在地	
名 称	
氏 名	
TEL	()

認定番号		氏 名	
所属団体 部 局			

送 金 希 望 の 場 合	口座振込	振込先金融 機 関 名	銀行 支店	※ 受 理	年 月 日
		☐ 普通預金 ☐ 当座預金		※ 決 定	年 月 日
		口座番号		※ 支 払	年 月 日
		(フリガナ) 口座名義		※ 決 定 金 額	
	その他				

- (注意) 1. ※印の欄は、記入しないでください。
2. 該当する□にレ印を入れてください。
3. 振込先口座について、従来の口座と変更がない場合には、振込先金融機関名の記入は不要です。

《提出先》
〒231-8588 横浜市中区日本大通り 1
地方公務員災害補償基金神奈川県支部
(神奈川県庁総務局組織人材部人事課内)
045-210-1111 (内線2175～2177)

年 月 分 第 回											(職員氏名)																				
傷病名		ア イ ウ										傷経 病 の過																			
診療日 (○で囲んで ください)		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	診療開始日			診療期間			転 帰													
		11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	ア 年 月 日			年 月 日から			治 継 転 中 死 ゆ 続 医 止 亡													
		21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	イ 年 月 日			年 月 日まで																
診療内容		金 額 摘 要										ウ 年 月 日			診療実日数			日			年 月 日										
⑪ 初 診												⑨0			入院年月日			年 月 日			点 数			上級室入院期間							
⑫ 再 診		回													病・診・衣			入院基本料・加算						年 月 日から 年 月 日まで							
⑬ 指 導		回																× 日間						上級室入院理由							
⑧8 その 他		診断書(税抜) 通										円						× 日間						1. 療養上他の患者から 隔離なければ、適切な 診療を行うことができ ないため 2. 傷病の状態から隔離 しなければ、他の患者 の療養を著しく妨げる ため 3. 普通室満床かつ緊急 入院の必要があるため 4. その他 【 具体的理由 】							
		↳ 診断書料は 年 月 日に本人へ返金済										円						× 日間													
		救急医療管理加算										円						× 日間													
小 計		①										円			院																
診療内容											点数																				
⑩ 診 察 料		⑪初診		時間外・休日・深夜											⑨7 食 事			基 準			円 × 日間 円 × 日間 円 × 日間 円 × 日間			① 円							
		⑫再 診		外来診療料 × 回																											
				継続管理加算 × 回																											
				外来管理加算 × 回																											
				⑬指導		時間外 × 回																									
休日 × 回																															
深夜 × 回																															
深夜 × 回																															
⑭ 在 宅 薬		往診 回											⑨7 食 事			基 準			円 × 日間 円 × 日間 円 × 日間 円 × 日間			① 円									
		夜間 回																													
		深夜・緊急 回																													
		在宅患者訪問診療 回																													
		その他 回																													
⑮ 投 薬 料		⑯内服		{ 薬 剤 × 単位 回											⑨7 食 事			基 準			円 × 日間 円 × 日間 円 × 日間 円 × 日間			① 円							
		⑰頓服		{ 薬 剤 × 単位 回																											
		⑱外用		{ 薬 剤 × 単位 回																											
		⑲処方		{ 薬 剤 × 回																											
		⑳調基		{ 薬 剤 × 回																											
㉑ 注 射 料		⑳皮下筋肉内 回													⑨7 食 事			基 準			円 × 日間 円 × 日間 円 × 日間 円 × 日間			① 円							
		㉑静脈内 回																													
		㉒その他 回																													
㉓ 処 置 料		初診時ブラッシング料 回													⑨7 食 事			基 準			円 × 日間 円 × 日間 円 × 日間 円 × 日間			① 円							
		手指の機能回復指導料加算 回																													
㉔ 手 麻 酔 ・ 料		薬 剤 回													⑨7 食 事			基 準			円 × 日間 円 × 日間 円 × 日間 円 × 日間			① 円							
		薬 剤 回																													
㉕ 検 査 料		薬 剤 回													⑨7 食 事			基 準			円 × 日間 円 × 日間 円 × 日間 円 × 日間			① 円							
		薬 剤 回																													
㉖ 画 診 像 断 料		薬 剤 回													⑨7 食 事			基 準			円 × 日間 円 × 日間 円 × 日間 円 × 日間			① 円							
		薬 剤 回																													
㉗ そ の 他		院外処方せん 回													⑨7 食 事			基 準			円 × 日間 円 × 日間 円 × 日間 円 × 日間			① 円							
		薬 剤 回																													
小 計		⑩～㉗										点			㉘			円			①+㉙+㉚			円							

※上記の診療費請求内訳の記載については、労災の診療費請求内訳書等の用紙をもちいて記載し、貼付しても結構です。