

支部様式第 14 号

* 4 整理番号		医療機関コード	
地方公務員 災害補償 診療報酬請求書			
〒650-8567 神戸市中央区下山手通5丁目10番1号 兵庫県総務部職員局職員課内 電話 078-341-7711 内線2653 ダイヤルイン 078-362-3122 地方公務員災害補償基金 兵庫県支部長 様 下記の療養補償を請求します。		1 病院 又は 診療所	郵便番号 〒 — 所在地 名称 代表者 (担当者 —) 電話番号 — —
2 請求金額	円		
3 請求年月日	年 月 日		
5 認定番号 (8桁)	第	—	号
6 被災職員	所属団体名		
	氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 (年 月 日生)	
12 振込先	銀行名	銀行 支店	*受理 年 月 日
	預金種類	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 別段 総合	*支払 年 月 日
	名義 (カタカナで記入して下さい)		* 決定金額 円
	口座番号		

認定番号を記入して下さい。

医療機関コード欄には、社会保険医療機関コード番号を必ず記入して下さい。

【注意事項】

- *の欄は記入しないこと。該当する□にレ印を記入すること。
- 「2 請求金額」の欄は、「13 診療報酬請求明細」の「C請求総額」の欄の金額に一致すること。
- 「12 振込先」の欄は、該当費用の支給が決定されたときに、振込を希望する銀行名、預金種別、口座名義（カタカナで記入すること）、口座番号を記入すること。
- 「13 診療報酬請求明細」の欄の記入に際しては、「健康保険法の規定による療費に要する費用の額の算定方法」に準じ、点数により算定するものについては、⑪～⑳までの点数欄にその点数を記入し、金額のみにより算定するものについては⑪～⑳までの金額欄に記入すること。また、㉔欄については該当するものを○で囲むこと。なお、診断書料は原則として1災害について1通に限ること。
- 薬剤師が摘要欄に記入できないときは、別紙の用紙を用い、本欄には「別紙のとおり」と記入すること。
なお、別紙に代表者又は医師の証明をすること。
- 1点単価は12円50銭とする。ただし、官公立医療機関は別途契約した金額による。
- この請求書の提出先は、兵庫県医師会所属の医療機関（官公立を除く。）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1-11 電話078-231-4114）その他の医療機関については基金支部です。

13 診療報酬請求明細													
5 認定番号		第		—		号		6 被災職員名					
7 診療期間	年 月 日 から 年 月 日 まで					8 現在の状況	年 月 日 現在						
	診療実日数						日間	<input type="checkbox"/> 治 ゆ <input type="checkbox"/> 転 医 <input type="checkbox"/> 継続中 <input type="checkbox"/> 中 止 <input type="checkbox"/> 死 亡					
9 傷病名	(1)					10 診療開始日	(1)	年	月	日	11 傷病の経過		
	(2)						(2)	年	月	日			
	(3)						(3)	年	月	日			
	(4)						(4)	年	月	日			
	(5)						(5)	年	月	日			
診療内容						点数	金額		摘要				
⑪ 初診	時間外・休日・深夜					点	円						
⑫ 再診	再診	×	回										
	外来管理加算	×	回										
	時間外	×	回										
	休日	×	回										
	深夜	×	回										
⑬ 指導													
⑭ 在宅	往診					回							
	その他					回							
⑳ 投薬	㉑ 内服	薬剤 調剤	×	単位									
	㉒ 頓服		薬剤		単位								
	㉓ 外用	薬剤 調剤	×	単位									
	㉔ 処方		×	回									
	㉕ 麻毒	×	回										
	㉖ 調基			回									
	㉗ 注射	㉑ 皮下筋肉内				回							
	㉒ 静脈内				回								
	㉓ その他				回								
④④ 処置					回								
	薬剤				回								
⑤⑤ 手麻酔					回								
	薬剤				回								
⑥⑥ 検査					回								
	薬剤				回								
⑦⑦ 画像診断					回								
	画像診断				回								
⑧⑧ その他	診断書料(非課税)				通								
	処方せん				×	回							
	救急医療管理加算					回							
⑨⑨ 入院	入院年月日		年 月 日				個室、上級室使用証明欄						
	病 院			入院料(入院環境料・看護料・給食料)	点			必要とした期間	年 月 日 から 年 月 日 まで				
	診療所			入院時医学管理料	× 日間			必要とした理由					
基食	普食	衣	× 日間										
その他				特定入院料									
A 点数により請求するものの合計額					点	円		円					
B 金額により請求するものの合計額									円				
C 請求総額(A+B、円未満切捨て)									円				