

療養補償請求書

		認定番号	認定第 一 号
		請求回数	第 回 (年 月分)
秋田県市町村総合事務組合管理者 様		請求年月日	令和 年 月 日
下記の療養補償を請求します。		構成団体長	
1 被災 職員 に 関 する 事 項	所属部局名	職 種	
	ふりがな 氏 名	住 所	
	生年月日 年 月 日生 (歳)	負傷又は発病の年月日 令和 年 月 日	
2 診 療 費	内訳は、「診療費請求明細」記載のとおり	円	
3 調 剤 費	内訳は、「調剤費請求明細」記載のとおり	円	
4 看 護 料	<input type="checkbox"/> 訪問看護 内訳は「訪問看護事業者の証明」 記載のとおり	円	
	年 月 日から 年 月 日まで 日間 (看護師の資格 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	円	
5 移 送 費	<input type="checkbox"/> 交通費 から まで km (<input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復) 回	円	
	<input type="checkbox"/> その他の移送費 ()		
6 上記以外の療養費			円
7 療養補償請求金額			円

〔注意事項〕

- 1 該当する□にレ印を記入すること。
- 2 「4 看護料」及び「5 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。
- 3 「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「2 診療費」に含まれない文書料、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。
- 4 「診療費請求明細」、「調剤費請求明細」又は「訪問看護事業者の証明」に代えて同様事項を記載した医師、歯科医師若しくは柔道整復師、薬剤師又は訪問看護事業者の証明書を添付してもよいこと。