様式第４号

１号紙

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 療 養 補 償 請 求 書 | | | | | 認定番号 | 認定第　　－　　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  　下記の療養補償を請求します。 | | | | 請求年月日　　　　　　年　　月　　日 | | | |
| 構成団体長 | | | |
| １被災職員に関する事項 | 所属部局名 | | | 職　種 | | | |
|  | | | 住　所 | | | |
| 生年月日  　　　　年　　月　　日生(　　歳) | | | 負傷又は発病の年月日  　　　　　　　　　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 | | | □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　□有　□無 ） | | | | 円 |
| ５　移　　 送　　 費 | | | 内訳は、「移送費請求明細」記載のとおり | | | | 円 |
| 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」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。