

## 療養補償請求書

認定番号	認定第 ー 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	
	氏 名	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	<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	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。