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（令和　年　月分） |
| 秋田県市町村総合事務組合管理者　様　次の療養補償を請求します。 | 　請求年月日　　　　　令和　　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　　　　　　　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 | □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。