

療養補償請求書

認定番号	認定第一号
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
	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	□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〕

- 該当する□にレ印を記入すること。
- 「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。
- 「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。
- 「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。