|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （指定医療機関用）  診　療　費　請　求　書 | | | | | | | | | | 請求回数 | | 第　　　回（　　　年　　　月分） |
| 認定番号 | | ―　　　　　　　　　号 |
| 地方公務員災害補償基金  岩手県支部長　様 | | | | 請求年月日　　　　　　　　　　令和　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　　日 | | | | | | | | |
| 指定医療機関の  請　　求　　者 | | （〒　　　－　　　　）  所在地 | | | | | | |
| 名　称 | | | | | | |
| 下記の診療費を請求します。 | | | | 氏　名 | | | | | | |
|  | | | | | | |
| １　　（所属団体） | | | | | ２　　（所属部局） | | | | | | | |
| ３　　（氏　名）  　　　　昭　　平　　　　　　　年　　　　月　　　　日生 | | | | | ４　　（職　　名） | | | | | | | |
| ５　　（負傷又は  発病年月日） | | | | | | 令和　　　　年　　　　 月　　 　　　日 | |
| ６　診療費請求金額（内訳は二面のとおり。） | | | | | 円 | | | | | | | |
| ７　添付する書類その他の資料名 | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| ８　送金希望の場合 | 振　込　み | 振込先金融機関名  銀行　　　　　　　　　　　支店 | | | | | | 預金名義者名 | フリガナ | | | |
| 口座の記号番号 | | | | | |
| 預金名義（口座名義） | | | |
| □普通預金　　　　　　　　□当座預金 | | | | | |
| 送金小切手 | 銀行　　　　　　　　　　　支店 | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| \* 受理  年　　　 月　　 　日 | | | \* 通知  年　　　 月　　 　日 | | | | \* 支払  年　　　 月　　 　日 | | | | | \* 決定金額  円 |

（※整理番号　　　　　　　　　　　）

地方公務員災害補償

〔注意事項〕

支部様式９

１　請求者は、＊印の欄には記入しないこと。また、該当する□にレ印を記入すること。

２　「認定番号」の欄は、第１回目の請求においては、記入する必要はないこと。

３　「診療報酬点数表により計算できないもの」の欄には、金額及びその明細（例えば診断書料、入院室料差額等）を記入すること。

2号紙

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **＊10　診療費請求明細** | | | | | | | （職員氏名） | | | | | | | | | | | | |
| 傷病名 | | ア  イ  ウ | | | | | 診療開始日 | ア　令和　 年　 月　 日  イ　令和　 年　 月 　日  ウ　令和　 年　 月　 日 | | | | | | 診療期間 | | 令和 　年　 月　 日から  令和 　年　 月　 日まで | | | |
| 初診 | | | 時間外・休日・深夜　　　　　　　　回　　　　　点 | | | | 診療実日数 | | | | 日 | |
| 再　　診 | | 再診 　×　　　　　回  外来診療料 　×　　　　　回  継続管理加算 　×　　　　　回  外来管理加算 　×　　　　　回  時間外 　×　　　　　回  休日 　×　　　　　回  深夜 　×　　　　　回 | | | | | 傷病の経過 |  | | | | | | | | | | | |
| 指導 | | |  | | | | 転帰 | 令和　　　　年　　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | |
| 在　　宅 | 往診 　×　　　　　回  夜間 　×　　　　　回  深夜・緊急 　×　　　　　回  在宅患者訪問診察 　×　　　　　回  その他  薬剤 　あ　　　　　回 | | | | | | 治　ゆ | | | 継　続 | | 転　医 | | | | 中　止 | | 死　亡 |
| 摘　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　要 | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | |
| 投　　　　　薬 | 内服 | | | ｛ | | 薬剤　　　　　　　　　　　単位  調剤　　　　　　×　　回 |
| 屯服 | | | ｛ | | 薬剤　　　　　　　　　　　単位  調剤　　　　　　×　　回 |
| 外用 | | | ｛ | | 薬剤　　　　　　　　　　　単位  調剤　　　　　　×　　回 |
| 処方  麻毒  調基 | | |  | | ×　　回  　　回 |
| 注射 | 皮下筋肉内　　　　　　　　　　　　回  静脈内　　　　　　　　　　　　回  その他　　　　　　　　　　　　回 | | | | | |
| 処置 | 薬剤　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　回  薬剤　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　回 | | | | | |
| 麻酔・  手術・ | 薬剤　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　回  薬剤　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　回 | | | | | |
| 検査 | 薬剤　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　回  薬剤　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　回 | | | | | |
| 診断画像 | 薬剤　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　回  薬剤　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　回 | | | | | |
| その他 |  | | | | | |
| 入　　　　　　院 | 入院年月日 | | | | 令和　　　　　年　　　　　月　　　　　日 | |
| 病・診・衣 | | | | 入院基本料・加算  ×　　　　　　　日間  ×　　　　　　　日間  ×　　　　　　　日間  ×　　　　　　　日間  ×　　　　　　　日間 | |
| 特定入院料・その他 | | | | | | 食事 | | 基準 | | | 円×　　　　　　日間  円×　　　　　　日間  円×　　　　　　日間 | | | | | | | |
| 診療報酬点数表により計算できるもの | | | | | | | 合計点数　　　　　　　　　　　　　1点単価  × | | | | | | | | 円 | | | | |
| 診療報酬点数により計算できないもの | | | | | | | 診断書料・入院室料差額等 | | | | | | | | 円 | | | | |
| 診療費請求合計額 | | | | | | | | | | | | | | | 円 | | | | |

｛