

様式第4号

## 療養補償請求書

		請求回数	第回
長野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 請求者の住所 氏名 <input type="text"/> <input type="text"/>	
(補償費用の受領委任) この請求書による療養補償の費用の受領を <input type="text"/> に委任します。 氏名 <input type="text"/> <input type="text"/>			
(委任に基づく支払請求) 上記委任に基づきこの請求書による療養補償の支払いを請求します。 支払請求者の住所 <input type="text"/> 氏名 <input type="text"/> <input type="text"/>			
1 (構成市町村名)			
2 (氏名) 年月日生		3 (職種)	
		4 (負傷又は発病年月日) 年月日	
5 診療費	内訳は「※12 医師の証明」欄記載のとおり		円
6 看護料	<input type="checkbox"/> 訪問看護	内訳は「※13 訪問看護事業者の証明」欄記載のとおり	円
	<input type="checkbox"/> 看護婦 <input type="checkbox"/> 付添婦 <input type="checkbox"/> その他	年月日から 年月日まで	日間
7 移送費	(交通費) からまで		円
	(その他の移送費)		円
8 上記以外の療養費			円
9 療養補償請求金額			円
10 添付する書類 その他の資料名			

11 送金希望の場合	振込先		※受理 年月日 ※決定 年月日 ※支払 年月日 ※決定金額 円
	預金種目 <input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金		
	振込口座	番号	
		住所	
	氏名		

(注意事項)

- 請求者は※印の欄には記入しないこと。該当する□に△印を記入すること。
- 「(補償費用の受領委任)」の欄は、診察にあたった医師または医療機関に補償費用の受領を委任しようとする場合にのみ記載し、他の場合には記入しないこと。
- 「6 看護料 (訪問看護を除く。)」及び「7 移送費」については、費用の領収書及び明細書を添付すること。

## ※12 医師の証明

(傷病名)	診療費の内訳			1点単位 円	
	項目 内訳と記入欄				金額(円)
診察	初診				
	再診				
	往診				
	療養指導				
(傷病の経過)	投薬	内用	普通薬	(薬名及び使用量)	
		外用	特殊薬		
			(種類)		
	注射	(種類)		(回数等)	
		(処置名)		(回数等)	
		(手術名)		(回数等) (施行年月日) 年月日	
	検査	(検査名)		(回数等)	
		透視診断		(フィルムの大きさ枚数等)	
		写真診断			
		撮影			
	(現在の状況)	理学療法	(療養名)		(回数等)
			(その他)		
(診療期間)	入院	入院期間	年月日から 年月日まで		
		看護	<input type="checkbox"/> 1類 <input type="checkbox"/> 2類 <input type="checkbox"/> 3類		
		給食	<input type="checkbox"/> 基準給食 <input type="checkbox"/> 普通給食 <input type="checkbox"/> 無		
		寝具その他			
	診療日数	日	診療費の合計 円		

上記の事項は事実と相違ないことを証明します。

年 月 日

病院又は  
診療所の  
所在地  
名稱  
医師氏名

印

## (注意事項)

- 4 「8 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療養に必要な治療材料等の名称、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。
- 5 「11 送金希望の場合」の欄は、当該補償の支給が決定されたときその支払方法について銀行送金を希望する場合に記入すること。
- 6 「※12 医師の証明」欄の記入に代えて同様事項を記載した医師、歯科医師又は柔道整復師の証明書を添付してもよい。