

<div style="border: 1px solid red; padding: 2px;"> 診療費（受領委任の場合） </div>		認定番号	12-171004						
		請求回数	第 1 回（令和4年 4 月分）						
地方公務員災害補償基金 埼玉県 支部長 殿 下記の療養補償を請求します。		請求年月日	令和4 年 5 月 9 日						
		請求者の住所	330-9301 埼玉県上尾市高砂3-15						
		フリガナ 氏 名	アゲオ ケイスケ 上尾 圭佑						
1	この請求書による療養補償の費用の受領を	赤浦和病院 鳩山 正巳 に委任します。							
	委任者の氏名	上尾 圭佑							
	受補償費用の 受任者の	医療機関等の名称	医療法人慈英会 赤浦和病院						
		所在地	埼玉県さいたま市浦和区3-6-1						
		氏名（代表者名）	鳩山 正巳						
2	所属団体名	上尾市		フリガナ	アゲオ ケイスケ				
	所属部局名 (電話番号 098-765-4321)	保健福祉部高齢者福祉課		氏 名	上尾 圭佑				
	職 名	主任	<input checked="" type="checkbox"/> 常 勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員	負傷又は発病の年月日	平成2 年 9 月 22 日生（ 31 歳） 令和4 年 3 月 14 日				
3	診 療 費	内訳は「*10 診療費請求明細」欄記載のとおり		11,920 円					
4	調 剤 費	内訳は「*11 調剤費請求明細」欄記載のとおり		円					
5	看 護 料	<input type="checkbox"/> 訪問看護 内訳は「*12 訪問看護事業者の証明」欄記載のとおり		円					
		年 月 日から	年間	看護師の資格 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
6	移 送 費	<input type="checkbox"/> 交通費	<input type="checkbox"/> 片道	円					
		から	まで km <input type="checkbox"/> 往復						
7		上記以外の療養費 (3~6以外)	3,000 円	8	療養補償請求金額 (3~7の合計額)	14,920 円			
9	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する								
	個人番号								
	<input checked="" type="checkbox"/> 任意の口座を指定する	金融機関名	あげお銀行	本支店等名	上尾支店				
		口座種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	0000451				
	口座名義人	法人機関又は役職の名称（フリガナ） 氏名（フリガナ）							
		医療法人慈英会赤浦和病院（イ）ジエイカイアカウラワビヨウイン） 鳩山正巳（ハトヤママサミ）							
<input type="checkbox"/> その他									
* 受理	所属部局		任命権者		基金支部				
(到達した年月日)	年	月	日	年	月	日			
* 決定金額	円	* 通知	年	月	日	* 支払	年	月	日

本人が記入

医療機関が記入

本人が記入

医療機関が記入

[注意事項]

- 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。
- 「認定番号」の欄は、1回目の請求においては、記入する必要はないこと。
- 「1 補償費用の受領委任」の欄は、診療に当たった医師若しくは医療機関等、調剤に当たった薬剤師若しくは薬局又は訪問看護を行った訪問看護事業者に療養補償の費用の受領を委任しようとする場合にのみ記入すること。
- 「5 看護料」及び「6 移送費」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。
- 「7 上記以外の療養費（3~6以外）」の欄には、入院料に食事代を含まない場合の食事料及び「3 診療費」に含まれない療養に必要な治療材料の名称、数量及び費用を記入し、併せてその領収書及び明細書を添付すること。
- 「9 送金希望口座等」の欄は、公金受取口座への送金を希望する場合は、送金先金融機関名等の口座登録情報を記入する必要はないこと。なお、「法人機関又は役職の名称」については、個人名義の場合は記入不要であること。
- 「*10 診療費請求明細」、「*11 調剤費請求明細」又は「*12 訪問看護事業者の証明」の欄の記入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。
- 「診療報酬点数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。
- 年月日の記載には元号を用いる。

診療費(非受領委任の場合)

療養補償請求書

認定番号		12-171001	
請求回数		第 1 回 (令和4年 6 月分)	
請求年月日		令和4 年 7 月 1 日	
請求者の住所		330-9301 埼玉県熊谷市高砂3-15	
フリガナ 氏 名		クマガヤ アツト 熊谷 篤人	
地方公務員災害補償基金 埼玉県 支部長 殿 下記の療養補償を請求します。			
1 受補償 委任の 費用の	この請求書による療養補償の費用の受領を _____ に委任します。 委任者の氏名 _____		
	上記委任に基づき、この請求書による療養補償の費用の支払を請求します。 受任者の { 医療機関等の名称 _____ 所在地 _____ 氏名 (代表者名) _____		
2 関被 す災 る職 事員 項に	所属団体名	熊谷市	フリガナ クマガヤ アツト
	所属部局名 (電話番号 099-765-4321)	建設部 道路管理課	氏 名 熊谷 篤人
	職 名 主事	<input checked="" type="checkbox"/> 常 勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員	請求時の年齢 平成4年 8 月 12 日生 (29 歳) 負傷又は発病の年月日 令和4年 6 月 18 日
3 診療費	内訳は「*10 診療費請求明細」欄記載のとおり		21,516 円
4 調剤費	内訳は「*11 調剤費請求明細」欄記載のとおり		円
5 看護料	<input type="checkbox"/> 訪問看護 内訳は「*12 訪問看護事業者の証明」欄記載のとおり		円
	年 月 日から	年間 (看護師の資格) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	円
6 移送費	<input type="checkbox"/> 交通費 <input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復		円
	から まで km	<input type="checkbox"/> 往復	円
7 上記以外の療養費 (3~6以外)	注8参照 2,000 円	8 療養補償請求金額 (3~7の合計額)	23,516 円
9 送金 希望 口座 等	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する		
	個人番号		
	<input checked="" type="checkbox"/> 任意の口座を指定する		
	金融機関名	くまがや銀行	本支店等名 熊谷支店
口座種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号 0004141	療養費の支払先とする被災職員名義の口座を入力すること
口座名義人	法人機関又は役職の名称 (フリガナ) 氏名 (フリガナ) 熊谷篤人 (クマガヤアツト)		
<input type="checkbox"/> その他			
* 受理 (到達した年月日)	所属部局 年 月 日	任命権者 年 月 日	基金支部 年 月 日
* 決定金額 円	* 通知 年 月 日	* 支払 年 月 日	

本人が記入

非受領委任のため空欄

本人が記入

医療機関が記入

本人が記入

[注意事項]

- 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、1回目の請求においては、記入する必要はないこと。
- 3 「1 補償費用の受領委任」の欄は、診療に当たった医師若しくは医療機関等、調剤に当たった薬剤師若しくは薬局又は訪問看護を行った訪問看護事業者に療養補償の費用の受領を委任しようとする場合にのみ記入すること。
- 4 「5 看護料」及び「6 移送費」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。
- 5 「7 上記以外の療養費 (3~6以外)」の欄には、入院料に食事代を含まない場合の食事料及び「3 診療費」に含まれない療養に必要な治療材料の名称、数量及び費用を記入し、併せてその領収書及び明細書を添付すること。
- 6 「9 送金希望口座等」の欄は、公金受取口座への送金を希望する場合は、送金先金融機関名等の口座登録情報を記入する必要はないこと。なお、「法人機関又は役職の名称」については、個人名義の場合は記入不要であること。
- 7 「*10 診療費請求明細」、「*11 調剤費請求明細」又は「*12 訪問看護事業者の証明」の欄の記入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。
- 8 「診療報酬点数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。
- 9 年月日の記載には元号を用いる。

移送費

移送費を請求する場合は移送費明細書を添付してください

療養補償請求書

認定番号	12-141099
請求回数	第3回(令和4年#月分)

地方公務員災害補償基金 埼玉県 支部長 殿	請求年月日 令和4年11月11日
下記の療養補償を請求します。	請求者の住所 330-9301 さいたま市浦和区3-15 フリガナ コシガヤ ヤスヒト 氏名 越谷 保仁

1 受補償費用の 受領委任の	この請求書による療養補償の費用の受領を 委任者の氏名 に委任します。
	上記委任に基づき、この請求書による療養補償の費用の支払を請求します。 受任者の { 医療機関等の名称 所在地 氏名(代表者名)

2 関被する職 事員に	所属団体名 越谷市 フリガナ コシガヤ ヤスヒト
	所属部局名 市立病院看護部 (電話番号 098-765-4321) 氏名 越谷 保仁
	職名 主査 <input checked="" type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員 昭和47年1月14日生(50歳) 負傷又は発病の年月日 令和4年10月5日

3 診療費	内訳は「*10 診療費請求明細」欄記載のとおり	円
-------	-------------------------	---

4 調剤費	内訳は「*11 調剤費請求明細」欄記載のとおり	円
-------	-------------------------	---

5 看護料	<input type="checkbox"/> 訪問看護 内訳は「*12 訪問看護事業者の証明」欄記載のとおり	円
	年 月 日から 年間 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 年 月 日まで 日間 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	円

6 移送費	<input checked="" type="checkbox"/> 交通費 <input type="checkbox"/> 片道 <input checked="" type="checkbox"/> 往復 自宅 から 病院 まで 10.1 km 5回	3,700 円
	<input type="checkbox"/> その他の移送費	

7 上記以外の療養費(3~6以外)	円	8 療養補償請求金額(3~7の合計額)	3,700 円
-------------------	---	---------------------	---------

9 送金希望 口座等	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する
	個人番号
	<input checked="" type="checkbox"/> 任意の口座を指定する 金融機関名 こそがや銀行 本支店等名 越谷支店 口座種別 <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 口座番号 0004321 口座名義人 法人機関又は役職の名称(フリガナ) 氏名(フリガナ) 越谷 保仁 (コシガヤヤスヒト)
	<input type="checkbox"/> その他

* 受理	所属部局	任命権者	基金支部
(到達した年月日)	年 月 日	年 月 日	年 月 日

* 決定金額	円	* 通知	年 月 日	* 支払	年 月 日
--------	---	------	-------	------	-------

- [注意事項]
- 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、1回目の請求においては、記入する必要はないこと。
 - 3 「1 補償費用の受領委任」の欄は、診療に当たった医師若しくは医療機関等、調剤に当たった薬剤師若しくは薬局又は訪問看護を行った訪問看護事業者に療養補償の費用の受領を委任しようとする場合にのみ記入すること。
 - 4 「5 看護料」及び「6 移送費」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。
 - 5 「7 上記以外の療養費(3~6以外)」の欄には、入院料に食事代を含まない場合の食事料及び「3 診療費」に含まれない療養に必要な治療材料の名称、数量及び費用を記入し、併せてその領収書及び明細書を添付すること。
 - 6 「9 送金希望口座等」の欄は、公金受取口座への送金を希望する場合は、送金先金融機関名等の口座登録情報を記入する必要はないこと。なお、「法人機関又は役職の名称」については、個人名義の場合は記入不要であること。
 - 7 「*10 診療費請求明細」、「*11 調剤費請求明細」又は「*12 訪問看護事業者の証明」の欄の記入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。
 - 8 「診療報酬点数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。
 - 9 年月日の記載には元号を用いる。

本人が記入

医療機関が記入

本人が記入

医療機関が記入

接骨院（受領委任の場合）

療養補償請求書

認定番号		12-161005		
請求回数		第 1 回（令和4年 7 月分）		
請求年月日		令和4年 8 月 29 日		
請求者の住所		330-9301 埼玉県川越市高砂3-15		
フリガナ氏名		カワゴエ ユウト 川越 佑都		
地方公務員災害補償基金 埼玉県 支部長 殿 下記の療養補償を請求します。				
1 受補償委任の費用	この請求書による療養補償の費用の受領を 委任者の氏名		東松山第三接骨院 東松山 雅史 川越 佑都 に委任します。	
	上記委任に基づき、この請求書による療養補償の費用の支払を請求します。			
	受任者の	医療機関等の名称	東松山第三接骨院	
	所在地	埼玉県東松山市3-5-2		
	氏名（代表者名）	東松山 雅史		
2 関被する職事員に	所属団体名	川越市		
	所属部局名	総務部管理課 (電話番号 098-765-4321)		
	職名	主事 <input checked="" type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員		
	フリガナ氏名	カワゴエ ユウト 川越 佑都		
	負傷又は発病の年月日	平成7年 12 月 12 日生（26 歳） 令和4年 7 月 2 日		
3	診療費	内訳は「*10 診療費請求明細」欄記載のとおり	6,400 円	
4	調剤費	内訳は「*11 調剤費請求明細」欄記載のとおり	円	
5	看護料	<input type="checkbox"/> 訪問看護 内訳は「*12 訪問看護事業者の証明」欄記載のとおり	円	
		年 月 日から 年間 <input type="checkbox"/> 看護師の資格 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	円	
6	移送費	<input type="checkbox"/> 交通費 <input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復 回	円	
		から まで km <input type="checkbox"/> その他の移送費		
7	上記以外の療養費（3～6以外）	円	8 療養補償請求金額（3～7の合計額）	6,400 円
9 送金希望口座等	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する			
	個人番号			
	<input checked="" type="checkbox"/> 任意の口座を指定する			
	金融機関名	ひがしまつやま銀行	本支店等名	東松山支店
口座種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	0003331	
口座名義人	法人機関又は役職の名称（フリガナ） 東松山第三接骨院（ヒガシマツヤマダイサンセツコツイン） 氏名（フリガナ） 東松山雅史（ヒガシマツヤママサシ）			
<input type="checkbox"/> その他				
* 受理	所属部局	任命権者	基金支部	
(到達した年月日)	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
* 決定金額	円	* 通知	年 月 日	
		* 支払	年 月 日	

本人が記入

接骨院が記入

本人が記入

接骨院が記入

〔注意事項〕

- 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。
- 「認定番号」の欄は、1回目の請求においては、記入する必要はないこと。
- 「1 補償費用の受領委任」の欄は、診療に当たった医師若しくは医療機関等、調剤に当たった薬剤師若しくは薬局又は訪問看護を行った訪問看護事業者に療養補償の費用の受領を委任しようとする場合にのみ記入すること。
- 「5 看護料」及び「6 移送費」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。
- 「7 上記以外の療養費（3～6以外）」の欄には、入院料に食事代を含まない場合の食事料及び「3 診療費」に含まれない療養に必要な治療材料の名称、数量及び費用を記入し、併せてその領収書及び明細書を添付すること。
- 「9 送金希望口座等」の欄は、公金受取口座への送金を希望する場合は、送金先金融機関名等の口座登録情報を記入する必要はないこと。なお、「法人機関又は役職の名称」については、個人名義の場合は記入不要であること。
- 「*10 診療費請求明細」、「*11 調剤費請求明細」又は「*12 訪問看護事業者の証明」の欄の記入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。
- 「診療報酬点数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。
- 年月日の記載には元号を用いる。

薬局（受領委任の場合）

療養補償請求書

認定番号		12-171004		
請求回数		第 1 回（令和4年 4 月分）		
請求年月日		令和4 年 5 月 9 日		
請求者の住所		330-9301 埼玉県上尾市高砂3-15		
フリガナ 氏名		アゲオ ケイスケ 上尾 圭佑		
地方公務員災害補償基金 埼玉県 支部長 殿 下記の療養補償を請求します。				
1	この請求書による療養補償の費用の受領を <u>おおみや橙薬局 大宮哲二</u> に委任します。			
	委任者の氏名 <u>上尾 圭佑</u>			
受補償 委任 費用 の	上記委任に基づき、この請求書による療養補償の費用の支払を請求します。			
	受任者の	医療機関等の名称	<u>おおみや橙薬局</u>	
		所在地	<u>埼玉県さいたま市浦和区4-4-2</u>	
氏名（代表者名）	<u>大宮 哲二</u>			
2	所属団体名	<u>上尾市</u>	フリガナ <u>アゲオ ケイスケ</u>	
	所属部局名 (電話番号 <u>098-765-4321</u>)	<u>保健福祉部高齢者福祉課</u>	氏名 <u>上尾 圭佑</u> 請求時の年齢	
	職名 <u>主任</u>	<input checked="" type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員	負傷又は発病の年月日 <u>平成2年 9月 22日生（31歳）</u> <u>令和4年 3月 14日</u>	
3	診療費	内訳は「*10 診療費請求明細」欄記載のとおり	<u>3,040</u> 円	
4	調剤費	内訳は「*11 調剤費請求明細」欄記載のとおり	円	
5	看護料	<input type="checkbox"/> 訪問看護 内訳は「*12 訪問看護事業者の証明」欄記載のとおり	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	
6	移送費	<input type="checkbox"/> 交通費 <input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復 から まで km	円	
		<input type="checkbox"/> その他の移送費	円	
7	上記以外の療養費 (3~6以外)	円	8 療養補償請求金額 (3~7の合計額)	<u>3,040</u> 円
9	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する			
	個人番号 <input type="text"/>			
	<input checked="" type="checkbox"/> 任意の口座を指定する			
	金融機関名	<u>おおみや銀行</u>	本支店等名 <u>大宮支店</u>	
口座種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号 <u>0000433</u>	フリガナも含め、 正しく御記入ください。	
口座名義人	法人機関又は役職の名称（フリガナ） <u>株式会社おおみや橙薬局（カ）オオミヤダイダイヤツキョク</u>			
	氏名（フリガナ） <u>大宮 哲二（オオミヤテツジ）</u>			
<input type="checkbox"/> その他				
* 受理	所属部局	任命権者	基金支部	
(到達した年月日)	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
* 決定金額	円	* 通知	年 月 日	
		* 支払	年 月 日	

本人が記入

薬局が記入

本人が記入

薬局が記入

〔注意事項〕

- 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、1回目の請求においては、記入する必要はないこと。
- 3 「1 補償費用の受領委任」の欄は、診療に当たった医師若しくは医療機関等、調剤に当たった薬剤師若しくは薬局又は訪問看護を行った訪問看護事業者に療養補償の費用の受領を委任しようとする場合にのみ記入すること。
- 4 「5 看護料」及び「6 移送費」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。
- 5 「7 上記以外の療養費（3~6以外）」の欄には、入院料に食事代を含まない場合の食事料及び「3 診療費」に含まれない療養に必要な治療材料の名称、数量及び費用を記入し、併せてその領収書及び明細書を添付すること。
- 6 「9 送金希望口座等」の欄は、公金受取口座への送金を希望する場合は、送金先金融機関名等の口座登録情報を記入する必要はないこと。なお、「法人機関又は役職の名称」については、個人名義の場合は記入不要であること。
- 7 「*10 診療費請求明細」、「*11 調剤費請求明細」又は「*12 訪問看護事業者の証明」の欄の記入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。
- 8 「診療報酬点数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。
- 9 年月日の記載には元号を用いる。

薬局（非受領委任の場合） 療養補償請求書		認定番号	12-171004	
		請求回数	第 1 回（令和4年 4 月分）	
地方公務員災害補償基金 埼玉県 支部長 殿 下記の療養補償を請求します。		請求年月日	令和4年 5 月 9 日	
		請求者の住所	330-9301 埼玉県上尾市高砂3-15	
		フリガナ 氏 名	アゲオ ケイスケ 上尾 圭佑	
1 受補償費用の 受領委任の	この請求書による療養補償の費用の受領を _____ に委任します。 委任者の氏名 _____			
	上記委任に基づき、この請求書による療養補償の費用の支払を請求します。 受任者の { 医療機関等の名称 _____ 所在地 _____ 氏名（代表者名） _____ } <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-left: 20px;"> 非受領委任の場合は、必ず 領収書の原本を添付すること </div>			
2 関被 す災 る職 事員 項に	所属団体名	上尾市	フリガナ	アゲオ ケイスケ
	所属部局名 (電話番号 098-765-4321)	保健福祉部高齢者福祉課	氏 名	上尾 圭佑
	職 名	主任 <input checked="" type="checkbox"/> 常 勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員	負傷又は発病の年月日	平成2年 9 月 22 日生（ 31 歳） 令和4年 3 月 14 日
3	診療費	内訳は「*10 診療費請求明細」欄記載のとおり		3,040 円
4	調剤費	内訳は「*11 調剤費請求明細」欄記載のとおり		円
5	看護料	<input type="checkbox"/> 訪問看護 内訳は「*12 訪問看護事業者の証明」欄記載のとおり		円
		年 月 日から 年 月 日まで	日間 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	円
6	移送費	<input type="checkbox"/> 交通費 _____ <input type="checkbox"/> 片道 _____ 回		円
		から _____ まで _____ km <input type="checkbox"/> 往復	<input type="checkbox"/> その他の移送費	
7	上記以外の療養費 (3~6以外)	円	8 療養補償請求金額 (3~7の合計額)	3,040 円
9 送金 希望 口座等	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する			
	個人番号 _____			
	<input checked="" type="checkbox"/> 任意の口座を指定する			
	金融機関名	あげお銀行	本支店等名	上尾支店
口座種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	0005432	
口座名義人	法人機関又は役職の名称（フリガナ） 氏名（フリガナ） 上尾 圭佑 （アゲオ ケイスケ）			
<input type="checkbox"/> その他				
* 受理 (到達した年月日)	所属部局 年 月 日	任命権者 年 月 日	基金支部 年 月 日	
* 決定金額	円	* 通知	年 月 日	* 支払
[注意事項]				
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、1回目の請求においては、記入する必要はないこと。				
3 「1 補償費用の受領委任」の欄は、診療に当たった医師若しくは医療機関等、調剤に当たった薬剤師若しくは薬局又は訪問看護を行った訪問看護事業者に療養補償の費用の受領を委任しようとする場合にのみ記入すること。				
4 「5 看護料」及び「6 移送費」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。				
5 「7 上記以外の療養費（3~6以外）」の欄には、入院料に食事代を含まない場合の食事料及び「3 診療費」に含まれない療養に必要な治療材料の名称、数量及び費用を記入し、併せてその領収書及び明細書を添付すること。				
6 「9 送金希望口座等」の欄は、公金受取口座への送金を希望する場合は、送金先金融機関名等の口座登録情報を記入する必要はないこと。なお、「法人機関又は役職の名称」については、個人名義の場合は記入不要であること。				
7 「*10 診療費請求明細」、「*11 調剤費請求明細」又は「*12 訪問看護事業者の証明」の欄の記入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。				
8 「診療報酬点数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。				
9 年月日の記載には元号を用いる。				

本人が記入

非受領委任のため空欄

本人が記入

薬局が記入

本人が記入