

赤文字：薬局等が記入

青文字：請求者等が記入

網掛け部：記入不要

薬局等向け
記入例

国家公務員災害補償

療養補償請求書

1号紙

請求回数		第	回
(実施機関の長の官職氏名)		請求年月日 令和 4 年 1 2 月 3 日	
◇◇大臣 ◇◇ ◇◇ 殿 下記の療養補償を請求します。		請求者の住所 ●●県●●市▲▲町1-2 氏 名 国公 災太	
(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		〇〇薬局 に委任します。 氏 名 国公 災太	
(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費用の支払を請求します。		請求者の住所 ●●県●●市●●町1-2 氏 名 〇〇薬局 代表 療養 一郎	
受領委任欄に記入がない場合は、 記入方法が異なる可能性があるため、 職員の勤め先へお問い合わせください。		2 (氏 名) 年 月 日生 4 (負傷又は発病年月日) 年 月 日	
5 診療費	内訳は「11医師の証明」欄記載のとおり		円
6 調剤費	内訳は「12薬剤師の証明」欄記載のとおり		〇, 〇〇〇円
7 看護料	□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 令和 年 月 日から 日間 看護師の有無 令和 年 月 日まで □有 □無		円
	(交通費) □片道 から まで キロメートル 回 □往復		円
8 移送費	(その他の移送費)		円
9 上記以外の療養費			円
10 療養補償請求金額			〇, 〇〇〇円
※受理 令和 年 月 日	※決定 令和 年 月 日	※支払 令和 年 月 日	※決定金額 円
消費税は非課税となります。			添付書類 枚

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

2 「(補償費用の受領委任)」の欄には、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補償費用の受領を委任しようとする場合にのみ記載し、その他の場合には記入しないこと。

3 「7看護料」及び「8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。

4 「9上記以外の療養費」の欄には、入院料に食事料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 2号紙、3号紙又は4号紙の記入に代えて同様事項を記載した医師、薬剤師、柔道整復師又は訪問看護事業者の証明書を添付してもよい。

※12 薬剤師の証明			(患者氏名) 国公 災太				
処方箋を交付した病院又は診療所の			{ 所在地 ●●県●●市●●町1-1 名称 ○○クリニック 医師氏名 補償 次郎				
調 剤 期 間			令和 4 年 11 月 26 日から令和 4 年 11 月 30 日まで 5 日間 調剤実日数 1 日				
調剤費の内訳			別紙のとおり				
処 方 月 日	調 剤 月 日	剤 型	処 方	調剤数量	薬 剤 格 価	調 剤 手数料	金 額 (円)
月 日	月 日						〇, 〇〇〇
月 日	月 日						
月 日	月 日						
月 日	月 日						
月 日	月 日						
月 日	月 日						
月 日	月 日						
月 日	月 日						
月 日	月 日						
月 日	月 日						
月 日	月 日						
月 日	月 日						
月 日	月 日						
月 日	月 日						
月 日	月 日						
月 日	月 日						
月 日	月 日						
月 日	月 日						
月 日	月 日						
月 日	月 日						
月 日	月 日						
月 日	月 日						
月 日	月 日						
月 日	月 日						
月 日	月 日						
月 日	月 日						
月 日	月 日						
月 日	月 日						
月 日	月 日						
月 日	月 日						
調剤費の合計							〇, 〇〇〇円
処方せんの枚数			1 枚				
上記の事項は事実と相違ないことを証明します。 令和 4 年 12 月 3 日 薬局の { 所在地 ●●県●●市●●町1-2 名称 ○○薬局 薬剤師氏名 療養 花子							