

生駒市規則第16号

生駒市議会の議員その他非常勤の職員の公務災害補償等に関する条例施行規則の一部を改正する規則をここに公布する。

平成29年3月31日

生駒市長 小 紫 雅 史

生駒市議会の議員その他非常勤の職員の公務災害補償等に関する条例施行規則の一部を改正する規則

生駒市議会の議員その他非常勤の職員の公務災害補償等に関する条例施行規則(昭和47年12月生駒市規則第12号)の一部を次のように改正する。

様式第3号を次のように改める。

地方公務員災害補償

療養補償請求書

		請求回数	第 回	
(実施機関の長の職・氏名)殿		請求年月日 年 月 日		
下記の療養補償を請求します。		請求者の住所..... 氏名.....(E)		
1 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.....に委任します。 委任者の氏名.....(E)			
	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。 受託者の住所..... 医療機関の名称..... 氏名(代表者名).....(E)			
2 被災職員に 関する事項	所属部局名		職名	
	氏名		年 月 日生(歳)	
	負傷又は発病の年月日		年 月 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
	<input type="checkbox"/> 看護師	年 月 日から	日間	円
	<input type="checkbox"/> 付添婦 <input type="checkbox"/> その他	年 月 日まで		
6 移 送 費	交通費 から まで <input type="checkbox"/> 片道 キロメートル <input type="checkbox"/> 往復 回			円
	その他の移送費			円
7 上記以外の 療養費				円
8 療養補償 請求金額 (3~7の合計額)				円
9 送希の 金望場合	振込先金融機関名	銀行 支店	※受 理	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 普通預金	<input type="checkbox"/> 当座預金	※決定金額	円
	口座番号		※通 知	年 月 日
	預金名義者		※支 払	年 月 日

※ 10 診療費請求明細

(1) 傷病 名	ア	(2) 診療 開始 日	ア 年 月 日	診 療 期 間	年 月 日から 年 月 日まで	
	イ		イ 年 月 日	診 療 実 日 数	日	
	ウ		ウ 年 月 日	転 帰		
				治癒	死亡	中止
(3) 診察 料	初診	時間外・休日・深夜 回 点				
	再 診	再 診 回 内科再診 回 時間外 回 休日・深夜 回				
	指導					
	往 診	普 通 回 夜 間 回 深夜・暴風雨雪・難 路 回				
(4) 投薬 料	内 服	{薬 剤 単 調・処 位 回				
	屯 服	{薬 剤 単 調・処 位 回				
	外 用	{薬 剤 単 調・処 位 回				
(5) 注射 料	皮下筋肉内	回				
	静脈内	回				
	その他	回				
(6) 処置 料		回				
	薬 剤	回				
(7) 麻 酔 手 術 ・ 料		回				
	薬 剤	回				
(8) 検 査 料		回				
	薬 剤	回				

(9)			回 回	
(10)	その他			
(11)	入院年月日 月 日 年 月 日			
	病 院	基 食	看特2 入院時基本診療料 (室料・看護料・給食料) 点	
			看特1 食有 × 日間 食無 × 日間	
		普 食	看1 特食 × 日間 入院時医学管理料 2週間以内 × 日間 2週間超～1月以内 × 月間	
	診 療 所	基 寝・ 衣	看2 1月超～3月以内 × 日間	
			看3 3月超 × 日間	
	その他			
	(12)	診療報酬点数表により計算できる合計額	合計点数 × 1点単価	円
	(13)	診療報酬点数表により計算できないもの	診断書料・入院室料差額等	円
	(14)	診療費請求合計額	(12) + (13)	円
<p>上記の事項は事実と相違ありません。(この欄の記入は、診療に当たった医療機関に療養補償の費用の受領を委任する場合は不要です。)</p> <p>年 月 日</p> <p>診療機関の { 所在地 名称 医師の氏名</p> <p style="text-align: right;">(印)</p>				

※ 11 調剤費請求明細		(職員氏名)							
処方せんを交付した診療機関の		名称							
		所在地							
担当医氏名		1			3				
		2			4				
調剤期間		年 月 日から		年 月 日まで		日間		調剤実日数	日
医師番号	処方月日	調剤月日	処 方		調剤数量	調剤報酬点数			
			医薬品名・規格・用量・剤型・用法	単 位 薬剤料		調剤料	薬剤料	加算料	
	・	・		点		点	点	点	
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
処方せん 受付回数	回	摘要							
調剤基本料 (点)	時間外加算等(点)		指導料(点)			合計点数		点	
						合計金額		円	
<p>上記の事項は事実と相違ないことを証明します。(この欄の記入は、調剤に当たった薬剤師に療養補償の費用の受領を委任する場合は不要です。)</p> <p>年 月 日</p> <p>薬局の { 所在地 名 称 薬剤師の氏名</p> <p style="text-align: right;">(印)</p>									

※ 12 訪問看護事業者の証明		(患者氏名)	
傷病名		(訪問看護期間)	
傷病の経過		年 月 日から	
		年 月 日まで	
		訪問看護の回数	回
基本療養費	保健師・看護師・理学療法士・作業療法士	指示年月日	年 月 日
	円× 回= 円	主治医への直近報告年月日	年 月 日
	准看護師	訪問日	
	円× 回= 円	1 2 3 4 5 6 7	
		8 9 10 11 12 13 14	
		15 16 17 18 19 20 21	
		22 23 24 25 26 27 28	
		29 30 31	
管理療養費	初日 円		
	2回目以降 円		
情報提供療養費	円	提供した情報の概要	
		情報提供先の市区町村名	
ターミナルケア療養費	円	(備考)	
	死亡年月日 年 月 日		
合計	円		
訪問看護の指示を受けた医療機関の名称及び主治医の氏名			
医療機関の名称			
主治医氏名			
上記の事項は事実と相違ないことを証明します。			
年 月 日			
訪問看護事業者の { 所在地 名称 代表者氏名			
㊟			

〔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 「1 補償費用の受領委任」の欄は、診療に当たった医療機関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。
- 3 「5 看護料(訪問看護を除く。)」及び「6 移送費」については、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 「7 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「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、その領収書及び明細書を添付すること。
- 5 「※10 診療費請求明細」の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こと。
- 6 診療報酬点数の算出ができない場合は、金額で記入すること。

附 則

この規則は、平成 2 9 年 4 月 1 日から施行する。