様式第２号（第４条関係）

学校医等公務災害補償療養補償請求書

請求第　回目（同一傷病についての請求回数）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 八頭町教育委員会　様 | 請求年月日 | 　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 請求者の住所及び氏名 |  |
| 下記の療養補償を請求します。 |
| ㊞ |
| 学校医等の所属学校名 |  | 医師、歯科医師又は薬剤師としてのそれぞれの経験年数 |  | 氏名及び生年月日 | 　年　月　日生 |
| 性別 | 男女 | 傷病又は発病年月日 | 　年　月　日　時ごろ | ※公務上疾病細分番号 |  |
| 傷病名、傷病の部位及びその程度 |
| 傷病の経過　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　　治癒　　死亡　　転医　　現在継続中 |
| 療養の期間 | 　　　年　　月　　日から　　　年　　月　　日まで　　日間 | 診療実日数　　　　日数 |
| 入院、看護、付添、移送又は物理的治療をしたときは、その必要のあった事由、症状等。なお、移送についてはその方法 |
| 療養費 | 区分及び摘要 | 金額 |
| 診療 | 初診　　　　　　　年　　　月　　　日 | 円 |
| 往診　　　片道　　　　粁　　　　回 |  |
| 　年　月　日まで　年　月　日から | 手術、その他治療、処置、薬剤、材料、 | 種類回数数量等 |  |
| 物理的療法（種類）　　　　　　　　　　　　　　　　　　回 |  |
| 入院料 | 　　年　　月　　日から　　年　　月　　日まで | 　　日間　給食の有無　有　無 |  |
| 　日間 |
| 合計　 |  |
| 上記に記載した事項は、事実と相違ないことを証明します。　　　　　　年　　月　　日住所　　　　　　　　　　　　　療養機関の　名称　　　　　　　　　　　　　職及び氏名　　　　　　　　　　㊞ |
| 看護料 | 　　　　年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで | 　　日間　　看護師　　付添人 |  |
| 移送費 | 区間　　　から　　　まで | 片道往復 | 　　キロメートル　　　回 |  |
| 上記以外の療養費（内訳別紙領収書　　　枚のとおり） |  |
| 療養補償請求金額　　　　総計 |  |
| ※受理年月日 |  | ※決定年月日 |  | ※支払年月日 |  |  |

※　No.

備考

１　請求者は、※印の欄は記入しないこと。

２　「医師の証明」の欄は、その記入に代えて同様事項を記載した医師の証明書を添付してよい。

３　「看護料」、「移送費」及び「上記以外の療養費」の欄については、費用の領収書及び明細書を添付すること。

４　「上記以外の療養費」の欄には、入院料に食事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費用を記載し、その費用の領収書及び内訳書を添付すること。

５　「療養費」の欄の「区分及び摘要」及び「金額」の項は、医師等がまだその料金を受け取らない場合においても記載すること。

６　事故又は疾病について、公務上の災害であることの認定が困難と認められるものについては、事故又は疾病の発生の原因及びその状況を詳細に記載した書類を添付すること。