様式第３号（第４条関係）

（表面）

学校医等公務災害補償療養補償請求書（歯科用）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | 負傷又は発病年月日 | | | 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　　現在療養継続中 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 初診 | | | | | 年　　月　　日 | | | | | 診断によって疾病の発生が確定された日 | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | 入院外　　　入院 | | | | | | |
| 診療の期間 | | | | | 年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入院、看護、付添又は移送をしたときは、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 | | | | | |
|  | 初診 | | | 初診　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  |  | | | 往診　　　　　　　片道　　キロメートル　　　　回 | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | 薬治料 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | 料  注射 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| 年　　月　　日まで  　　年　　月　　日から | （硬）  料  処置 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | ん料  充て | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | 料  レー  イン | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | つ料  補て | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | 料  手術 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| 日間 | （軟）  料  処置 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | その他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | 合計 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | 上記事項は、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  職名及び氏名　　　　　　　　　　㊞ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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. |

（裏面）

備考

１　※印の欄には、記載することを要しない。

２　「療養費」の「その他」の欄には、特殊な移送方法及びそれに要した金額を記載すること。

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

４　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。