

別記様式第四

表1

療 養 補 償 請 求 書								
殿 河川法第 条の規定に基づき、次 のとおり療養補償を請求します。					請求年月日	年 月 日		
					請求者	住所		
					ふりがな 氏名	㊞		
従事者	住所 ふりがな 氏名			生年月日	年 月 日	男・女		
事 故	(事故発生の場所)			(事故発生の日時)				
				年 月 日	前後	時 分		
(事故又は疾病の発生の原因及びその状況)								
請 求 金 額	合 計					円		
	内 訳	診療費	内訳は「医師等の証明」欄記載のとおり。				円	
		看護料	<input type="checkbox"/> 看護婦 年 月 日から		日間	円		
		<input type="checkbox"/> 付添婦 年 月 日まで						
		移送費	(交通費) <input type="checkbox"/> 片道 から まで <input type="checkbox"/> 往復 キロメートル				円	
		(その他の移送費)				円		
		その他の療養費				円		

表 2

※ 医師等の証明				
(傷病名)	診療費の内訳			
	項目内訳と記入欄			金額(円)
	診 察	初 診		
		再 診		
		往 診		
		療養指導		
(傷病の経過)	投 薬	内 用	普通薬 特殊薬	(薬品及び使用量)
		外 用	(種類)	
	注射	(種類)	(回数等)	
	処置	(処置名)	(回数等)	
	手術	(手術名)	(回数等) (施行年月日) 年 月 日	
	検査	(検査名)	(回数等)	
	レゲ ン ト	透視診断 写真診断 撮 影	(フィルムの大きさ、枚 数等)	
(現在の状態) 年 月 日 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 継続中 <input type="checkbox"/> 転医	理療 学 法	(療法名)	(回数等)	
	その 他			
(診療期間) 年 月 日から 年 月 日まで 日間 診療日数 日	入 院	入院期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間	
		看 護	<input type="checkbox"/> 一類 <input type="checkbox"/> 二類 <input type="checkbox"/> 三類	
		給 食	<input type="checkbox"/> 基準 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 無	
		寝具その他		
	診療費の合計			円

上記の事項は事実と相違ないことを証明します。

年 月 日

医療機関の 所在地
名 称
医師又は歯科医師氏名 印

備考

- 1 請求者が氏名の記載を自署で行う場合においては、押印を省略することができる。
- 2 用紙は、日本工業規格A4の寸法のものとする。
- 3 請求者は、※印の欄は記載しないこと。該当する□に✓印を付け、「男・女」及び「前後」については、該当するものを○で囲むこと。
- 4 「第 条」の箇所には、根拠条文を記載すること。
- 5 「請求第 回」の欄には、同一傷病についての請求回数を記載すること。
- 6 「その他の療養費」の欄には、入院料に食事料を含まない場合の食事料、療養に必要な治療材料等の名称、種類及び費用等を記載すること。