

(表面)

療養給付請求書

1号紙

(給付を行う者の官職氏名)		請求年月日： 年 月 日	
地方検察庁 検事正.....殿		請求者住所.....	
下記により療養給付を請求します。		氏 名..... ^⑤	
1. 給付の要件			
1.1 関係刑事事件	被 疑 者 ・ 被 告 人	住 所	年 齢
	事 件 名		
	関係裁判所・裁判官・捜査機関		
1.2	関係証人・参考人・国選弁護人	住 所 氏 名	年 齢
1.3	被害者の証人・参考人・国選弁護人との続柄・関係		
1.4 原因たる被害の内容	日 時		
	場 所		
	加 害 者		
	原 因		
	傷病の種別・部位・程度		
1.5 法4条関係	加害者と証人・参考人・国選弁護人との親族関係	有 () ・ 無	
	加害者と被害者との親族関係	有 () ・ 無	
	※ 2号該当	有 () ・ 無	
	※ 3号該当	有 () ・ 無	
2.	希望する病院・診療所	(所在地)	(名称)
3.	診 療 費	内訳は「12. 医師の証明」欄記載のとおり	円
4.	調 剤 費	内訳は「13. 薬剤師の証明」欄記載のとおり	円

※12. 医師の証明		(患者氏名)	
傷 病 名			(診療期間) 年 月 日から 年 月 日まで 日間
傷 病 の 経 過 (現 在 の 状 態)	年 月 日	<input type="checkbox"/> 治 ゆ <input type="checkbox"/> 死 亡 <input type="checkbox"/> 転 医 <input type="checkbox"/> 中 止 <input type="checkbox"/> 継続中	診療実日数 日
診療費の内訳			
診 察	初 診		円
	再 診		円
	在 宅		円
投 薬	内 屯 服 外 調 用 調 剤 基		円
注 射	皮下筋肉内 静 脈 内 そ の 他		円
処 置	(処置名・回数等)		円
手術・ 麻 酔	(手術名・回数等)		円
検 査	(検査名・回数等)		円
画 像 診 断	(画像診断名・回数等)		円
その他			円
	期 間	年 月 日から 年 月 日まで	日間

入 院	基	特	基	入院時基本診療料（入院料） （室料・看護料・給食料）	円
		3	1		
	食	特	基	入院時医学管理料	
		2	2		
	普	特	基		
		1	本		
	食	特	他		
		1	1		
基 寝・ 依	特	他			
	1	2			
	基	3			
	基				
	II				
そ の 他					
診療費の合計					円
<p>上記の事項は事実と相違ないことを証明します。</p> <p>年 月 日</p> <p>病院又は診療所の</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="flex: 1;"> <p>所在地</p> <p>名 称</p> <p>医師氏名</p> </div> <div style="flex: 1; border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;"> <p>⑩</p> </div> </div>					

（日本産業規格 A 列 4 番）

※13. 薬剤師の証明				(患者氏名)			
処方せんを交付した病院又は診療所の				所在地			
				名称			
				医師氏名			
調 剤 期 間		年	月	日から 日まで	日間	調剤実日数	日
調剤費の内訳							
処方月日	調剤月日	剤型	処 方	調 剤 数 量	薬 価 剤 格	調 剤 手数料	金額(円)
月 日	月 日				円	円	
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		円
処方せんの枚数 枚		
上記の事項は事実と相違ないことを証明します。		
年 月 日		
薬局の		{ 所在地
		{ 名 称
		{ 薬剤師氏名
		⑥

(日本産業規格 A 列 4 番)

※14. 訪問看護事業者の証明		(患者氏名)																																			
傷 病 名		(訪問看護期間)																																			
		年 月 日から																																			
傷病の経過		年 月 日まで																																			
		訪問看護の回数 回																																			
基 本 療 養 費	保健婦, 保健士, 看護婦, 看護士, 理学療法士, 作業療法士	指示年月日 年 月 日																																			
		主治医への直近報告年月日 年 月 日																																			
	円 × 回 円	訪 問 日																																			
	准看護婦, 准看護師	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td></tr> <tr><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td></tr> <tr><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td></tr> <tr><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>		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			
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 回 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)町村の名称																																			
ターミナル ケア療養費	円 死亡年月日 年 月 日	(備 考)																																			
合 計	円																																				
訪問看護を指示し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																																			
		㊞																																			

(日本産業規格 A 列 4 番)