

別記様式第四  
表1

療 養 補 償 請 求 書									
					請求第	回			
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		生年月日	年	月	日	男・女		
	ふりがな 氏名		職 業						
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	□看護婦		年	月	日から	日間	円
			□付添婦		年	月	日まで		
		移送費	(交通費)		から	まで	□片道	回	円
			キロメートル		□往復				
		(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			金額(円)
	項目内訳と記入欄			
	診 察	初診		
		再診		
		往診		
療養指導				
(傷病の経過)	投 薬	内 用	普通薬	(薬品及び使用量)
			特殊薬	
		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	(フィルムの大きさ、枚 数等)	
		写真診断		
		撮影		
(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				

#### 備考

- 1 用紙は、日本産業規格A4の寸法のものとする。
- 2 請求者は、※印の欄は記載しないこと。該当する□にレ印を付け、「男・女」及び「前後」については、該当するものを○で囲むこと。
- 3 「第 条」の箇所には、根拠条文を記載すること。
- 4 「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。
- 5 「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。