別記様式第一号（第二条関係）

（表面）

療養給付請求書

1号紙

（給付を行う者の官職氏名） 地方検察庁 検事正＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿殿 下記により療養給付を請求します。	請求年月日：　　年　　月　　日 請求者住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

1. 給付の要件			
1.1 関係刑事事件	被疑者・被告人	住所 氏名　　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
5. 看護料	□ 訪問看護　内訳は「14. 訪問看護事業者の証明」欄記載のとおり		円
	□ 看護婦　　年　月　日から □ 付添婦　　年　月　日まで　　日間		円
6. 移送費	（交通費） から　　まで　キロメートル　□片道 □往復　回		円
	（その他の移送費）		円
7. 上記以外の療養費			円
8. 療養給付請求金額			円
9. 他の法令による給付を受けたことの有無	有（　　）・無		
10. 損害賠償を受けたことの有無	有（　　）・無		
※11. 給付決定額（　　年　月　日決定）			円

（日本工業規格A列4番）

（裏面）

（記入上の注意）

1　請求者は，※印の欄には記入しないでください。該当する□にレ印を記入してください。

2　「5. 看護料」及び「6. 移送費」については，訪問看護の場合を除き，費用の領収書及び明細書を添付してください。

3　「7. 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明細書を添付してください。

4　第２回以後の療養の費用の請求の場合における「3. 診療費」から「8. 療養給付請求金額」までの記載については，前回の請求後の分について記載してください。

5　「12. 医師の証明」，「13. 薬剤師の証明」及び「14. 訪問看護事業者の証明」については，この請求書の記入に代えて同様事項を記載した医師，薬剤師，柔道整復師又は訪問看護事業者の証明書を添付しても差し支えありません。

※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 □治ゆ □死亡 □転医 □中止 □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	内服 屯服 外用 調剤 調基			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
入院	期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間		
	基食 普食 基寝・依	特3 基1 特2 基2 特1I 基本 特1II 他1 基I 他2 基II 他3	入院時基本診療料（入院料） （室料・看護料・給食料） 入院時医学管理料	円
	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

病院又は診療所の { 所在地 / 名称 / 医師氏名 } ㊞

※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 年 月 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	薬剤価格	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 ㊞

（日本工業規格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 年　月　日まで 訪問看護の回数　回
傷病の経過		
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 円×　回　円 准看護婦，准看護士 円×　回　円	指示年月日　年　月　日 主治医への直近報告年月日　年　月　日 訪問日 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　㊞

（日本工業規格A列4番）