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 □付添婦　年　月　日まで		日間	円
		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
		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	(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 □治　癒　□死　亡 □中　止　□継続中 □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		□一類　□二類　□三類
		給食		□基準　□普通　□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こと。

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、該当するものを〇で囲むこと。

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。