

文書料・入院室料差額等証明(明細)書

認定番号

氏名		所属団体						
文書料に関する事項	請求	診断・証明を行った文書			単価			
	<input type="checkbox"/>	公務傷病等診断書 (別記群地基様式第1号)			2,000 円			
	<input type="checkbox"/>	公務傷病等治ゆ報告(診断)書 (別記群地基様式第35号)			2,000 円			
	<input type="checkbox"/>	医学的意見書 (別記群地基様式第8号)			5,000 円			
	<input type="checkbox"/>	残存障害診断書	器質的障害にかかる診断の場合		2,000 円			
	<input type="checkbox"/>		その他の障害にかかる診断の場合		5,000 円			
	<input type="checkbox"/>	療養の現状等に関する報告書 (様式第38号)			5,000 円			
	<input type="checkbox"/>	療養補償(移送費)請求書 (別記群地基様式第13号)			2,000 円			
	<input type="checkbox"/>	文書料・入院室料差額等証明(明細)書 (別記群地基様式第10号) ※ 本様式下欄により、入院室料差額に関する証明を行った場合			2,000 円			
	<input type="checkbox"/>	障害の現状報告書(傷病補償年金) (別記群地基様式第39号)			5,000 円			
	<input type="checkbox"/>	休業補償(援護金)請求書 (様式第7号)			2,000 円			
	<input type="checkbox"/>	死亡診断書			5,000 円			
	<input type="checkbox"/>	死体検案書			10,000 円			
	注1 今回請求を行う文書の「請求」欄に☑を付けてください。				文書料合計	円		
注2 労災の「療養の給付請求書取扱料」(2,000円)については、公務災害では算定できません。								
入院室料差額に関する事項	入院期間	年	月	日から	年	月	日まで	日間
	差額室使用期間	年	月	日から	年	月	日まで	日間
	差額室必要期間	年	月	日から	年	月	日まで	日間
	差額室が必要な 具体的理由 (医師が記載)							
	差額室の種類	<input type="checkbox"/> 個室	<input type="checkbox"/> 2人部屋	単価	円	金額	円	
注1 単価上限(個室 9,000円、2人部屋 4,500円)				注2 金額=単価×必要期間日数				
上記のとおりであったことを証明します。(差額室の必要について記載した場合のみ)								
年 月 日								
所在地 _____								
(医療機関等) 名称 _____								
医師等氏名 _____								

[注意事項] この証明(明細)書は、療養費請求書又は療養補償請求書に添えて提出してください。