

消防基金規程第一号

福祉事業の実施に関する規程の一部を改正する規程を次のように定める。

令和五年三月二十九日

消防団員等公務災害補償等共済基金

理事長 荒 木 泰 臣

福祉事業の実施に関する規程の一部を改正する規程

福祉事業の実施に関する規程（昭和四十七年基金規程第四号）の一部を次のように改正する。

次の表により、改正前欄に掲げる規定の下線を付した部分をこれに順次対応する改正後欄に掲げる規定の下線を付した部分のように改め、改正前欄及び改正後欄に対応して掲げるその標記部分に二重下線を付した規定（以下「対象規定」という。）は、当該対象規定を改正後欄に掲げるもののように改める。

診療費請求明細書（病院・診療所所用）				①施設	
診療 診療の 内容 の 状況				氏名 _____ 診療開始日 _____年 ____月 ____日 診療期間 _____年 ____月 ____日から _____年 ____月 ____日まで 診療回数 _____回 診察費 _____円	
診療の内容：点数によるもの □入院 □診療所 点数(点) _____番査				☐ 初診 ☐ 途中 ☐ 中止 ☐ 死亡 ☐ 継続 ☐ 転院 診療の内容(基金基準) _____番査	
前診 時間外・休日・深夜 _____回 再診・外来診療科 × _____回 外来管理加算 × _____回 時間外 × _____回 休日夜 × _____回 深夜夜 × _____回				初診料 _____円 再診料 × _____回 西内療養病後療育料 × _____回 その他 _____ 計 _____円	
指導				備考	
在宅					
投与					
内服薬 薬剤 単位調剤 × _____回 毛髪薬 薬剤 単位 _____ 外用薬 薬剤 単位調剤 × _____回 処方箋 単位 × _____回 麻酔 調剤					
注射					
処置					
手術					
検査					
画像診断					
その他					
入院					
入院年月日 _____年 ____月 ____日 入院基本料・加算					
特定入院料・その他					
計					
ア 診療報酬点数表により計算できるもの				(合計点数) (1点当座) _____点 × _____円 銭 = _____円	
イ 診療報酬点数表により計算できないもの				(文書料、治療器具代、入院費料加算等) _____円	
診療費請求合計額(ア+イ)				_____円	
上記の事項は事実と相違ないことを証明します。				所在地 _____ 名称 _____ 医師長の氏名 _____	
____年 ____月 ____日					

[注意事項]

- 1 単印の欄記入しないこと。又、該当する「□」にレ印を記入すること。
- 2 「イ 診療報酬点数表により計算できないもの」の欄には、金額及び明細(文書料、治療用具代等)を記入すること。
- 3 この様式中、診療内容の詳細については、この様式への記入に代えて、同様事項に記載した診療報酬明細書を併用してもよいこと。なお、その場合であっても、この様式の提出は必須であること。
- 4 消防組織法等に基づく療養に要する費用(診療費、文書料、治療材料費等)は、消費税非課税であること(消費税法施行令第14条第20号)。

[illegible]

別記基金様式第6号 ☐ 消防団員 ☐ 本町団員		承認番号 ー ー 請求年月日 年 月 日 請求回数 第 回 (年 月 分)	
消防団員等公営災害補償等共済基金管理事業 係 ☐ 外科後援費 ☐ アフターケア費		請求者の住所 下記のとおり を請求します。 氏 名	
1 損害補償を行う市町村又は組合名 2 傷病名及び障害の部位		都 市 道 町 駅 組合 事故発生年月日 年 月 日 治癒した年月日 年 月 日 障害等級 第 級 号 年金支払決定番号 シ ー ー	
3 診療費等の受領委任		この請求書による ☐ 外科後援費 ☐ アフターケア費のうち、診療費、調剤費又は施設料に係る費用の受領を下記の者に委任します。 委任者の氏名 上記の委任に基づき、この請求書による ☐ 外科後援費 ☐ アフターケア費のうち、診療費、調剤費、施設料又は看護料のうち訪問看護に係る費用の請求をします。 受 所在地 任 医療機関等の名称 氏 名 (代表者)	
4 診療費 5 調剤費 6 施設料		内訳は、別添1号紙「診療費請求明細書(病院・診療所用)」記載のとおり 内訳は、別添2号紙「調剤費請求明細書(薬局用)」記載のとおり 内訳は、別添3号紙「施設料請求明細書(柔道整復師等用)」記載のとおり □ 訪問看護 □ 看護課 □ 看護師 □ 看護補助者 □ 親族・友人 □ バス □ 電車 □ タクシー □ 自家用車 内訳は、別添1号紙「訪問看護事業者の証明書」とおり □ 看護師 □ 看護補助者 □ 親族・友人 □ バス □ 電車 □ タクシー □ 自家用車 内訳は、別添1号紙「訪問看護事業者の証明書」とおり □ 看護師 □ 看護補助者 □ 親族・友人 □ バス □ 電車 □ タクシー □ 自家用車	
7 看護料 8 移送費		内訳は、別添1号紙「訪問看護事業者の証明書」とおり □ 看護師 □ 看護補助者 □ 親族・友人 □ バス □ 電車 □ タクシー □ 自家用車 内訳は、別添1号紙「訪問看護事業者の証明書」とおり □ 看護師 □ 看護補助者 □ 親族・友人 □ バス □ 電車 □ タクシー □ 自家用車	
9 外科後援に係る仕当 10 上記以外の診療(施)療費 11 請求額 (4～10の合計額)		年 月 日から 年 月 日まで 年 月 日から 年 月 日まで 年 月 日から 年 月 日まで	
外科後援施設 文書 □アフターケア費		年 月 日 年 月 日 年 月 日	
任意事項 1 捺印の欄は、記入しないこと。また、該当する「□」に印を記入すること。 2 「3 診療費等の受領委任」の「受任者」及び「送金先」の欄については、初回の記入内容に変更のない場合は、第2回以降の請求において記入する必要はないこと。 3 「7 看護料」及び「8 移送費」を請求する場合は、訪問看護の場合を除き、費用の預収又はこれに代わる証明書及び明細書を添付すること。ただし、看護人が親族・友人の場合又は移送で自家用車を利用した場合には、その必要がないこと。 4 「10 上記以外の診療(施)療費」の欄には、「4 診療費」に含まれない外科後援施設等に必要な治療用材料等の名称、数量及び費用を記入し、その領収書及び明細書を添付すること。			

別記基金様式第6号				承認番号 — —	
☐ 消防団員	□外科後処置費請求書			請求年月日 年 月 日	
☐ 水防団員	□アフターケア費請求書			請求回数 第()回(年 月)	
消防団員等公務災害補償費等共済基金理事長 様		請求者の住所			
下記のとおり		□外科後処置費 を請求します。		氏 名	
□アフターケア費					
1 損害補償を行う市町村又は組合	都 道 市 町 村 組合	事故発生日	年 月 日		
2 傷病名及び障害の部位		治療した年月日	年 月 日		
		障害等級	第 級 号		
		年金支払決定番号	シ — —		
この請求書による □外科後処置費 □アフターケア費のうち、診療費、調剤費又は施設料に係る費用の受領を下記の者に委任します。					
委任者の氏名					
上記の委任に基づき、この請求書による □外科後処置費 □アフターケア費のうち、診療費、調剤費、施設料又は看護料のうち訪問看護に係る費用の請求をします。					
3 診療費等の受領委任	受 所在地 任 医療機関等の名称 者 氏名（代表者）	送 振込先金融 金 庫 機 関 名 □普通預金 □当座預金 □別段預金 先 □口座番号 氏 名 義 者			
4 診 療 費	内訳は、別添1号紙「診療費請求明細書（病院・診療所用）」記載のとおり	(請求額)	円		※ (審査) 円
5 調 剤 費	内訳は、別添2号紙「調剤費請求明細書（薬局用）」記載のとおり				
6 施 術 料	内訳は、別添3号紙「手術料請求明細書（希達療夜療等用）」記載のとおり				
7 看 護 料	☐ 訪問看護	内訳は、別添4号紙「訪問看護事業者の証明書」ととおり			
	☐ 看護師 ☐ 准看護師 ☐ 看護補助者 ☐ 親族・友人 交通機関の種類	年 月 日から 年 月 日まで 路 程			
8 移 送 費	☐ バス ☐ 電車 ☐ タクシー ☐ 自家用車	{ □片道 □往復 km 同			
	9 外科後処置に係る日当	年 月 日から 年 月 日まで	日間		
10 上記以外の診(施)療費					
11 請求額	(4～10の合計額)				

※ 外科後処置費 □アフターケア費	支給額	円	※ 受 理	年 月 日	※ 送 金	年 月 日
----------------------	-----	---	-------	-------	-------	-------

[注意事項]

- ※印の欄は、記入しないこと。また、該当する「□」にし印を記入すること。
- 「3 診療費等の受領委任」の「受任者」及び「送金先」の欄については、初回の記入内容に変更のない場合は、第2回目以降の請求において記入する必要はないこと。
- 「7 看護料」及び「8 移送費」を請求する場合は、訪問看護の場合を除き、費用の簡収又はこれに代わる証明書及び明細書を添付すること。ただし、看護人が家族・友人、移送で自家用車を利用した場合については、その必要がないこと。
- 「10 上記以外の診(施)療費」の欄には、「4 診療費」に含まれない外科後処置等に必要な治療用材料等の名称、数量及び費用を記入し、その摘要表及び明細書を添付すること。

施術料請求明細書(柔道整復師等用)				氏 名		3号紙	
施術時の 取組		初療日 年 月 日 施術期間 年 月 日から 年 月 日まで 転 送 場 ☐ 治ゆ ☐ 中止 ☐ 継続 ☐ 死亡 ☐ 転医		施術 費日数		日	
施 療 の 内 容				※ 審 査		摘 要	
初 検 科		時 間 内 時 間 外 深 夜		円		円	
再 検 科		年 月 日		円		円	
指導管理料		年 月 日から 年 月 日まで		回		円	
往 療 科		群 通 回 夜間・難路 距離(片道) 風 風 km 雨 雨 同一 同一 回 家 家 回		円		円	
初 回 処 置 料 ☐ 搬送料 ☐ 固定料 ☐ 患部料		回 回 回		円		円	
後 療 科		回 回 回		円		円	
運 動 療 法		回		円		円	
温 電 法 科		月 日から 月 日まで 回 月 日から 月 日まで 回		円		円	
冷 電 法 科		月 日から 月 日まで 回 月 日から 月 日まで 回		円		円	
電 療 科		回 回		円		円	
レントゲン科		回		円		円	
宿 泊 科		入 院 科 月 日から 日 月 日まで 日 食 事 科 月 日から 日 月 日まで 日		円		円	
そ の 他		円		円		円	
合 計				円		円	
施 術 料 請 求 額				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 施 術 所 の 所 在 地 名 称 施術者の氏名							

調剤費請求明細書(薬局用)										2号紙			
氏 名										回			
{ 所在地 名 称 医師の氏名 処方せんを交付した医療機関の										受付回数		※ 審査	
処方月日	調剤月日	処 方		調剤数量	調剤報酬点数			※ 審査	点				
		医薬品・規格・用量・剤型・用法	単位薬剤料		薬剤調剤料 調剤管理料	薬剤料	加算料						
・	・			点	点	点	点	点	点				
・	・												
・	・												
・	・												
・	・												
・	・												
・	・												
・	・												
・	・												
・	・												
・	・												
・	・												
・	・												
・	・												
・	・												
備 考													
請 求 点		※ 決 定 点		調剤基本料		時間外等加算		指 導 料					
調 剤 費 請 求 額				円		※		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				薬 局 の { 所在地 名 称 薬剤師の氏名									

3号紙	
氏 名	
初検日 年 月 日 施術期間 年 月 日から 年 月 日まで 転 移 ☐ 浴冷 ☐ 中止 ☐ 継続 ☐ 死亡 ☐ 転医	
施術時の状況	日
施 療 の 内 容	
初 検 科	要
時 間 内	円
時 間 外	円
深 夜	
再 検 科	
年 月 日	
指導管理料	
年 月 日から	
年 月 日まで	
往 療 科	
群 通	回
夜間・難路	回
風 雨	km
同一家屋	回
初回向置料	回
(☐ 救急料)	回
(☐ 固定料)	回
(☐ 監療料)	回
後 療 科	回
	回
運 動 療 法	回
温 電 法 科	月 日から 月 日まで 回
	月 日から 月 日まで 回
冷 電 法 科	月 日から 月 日まで 回
	月 日から 月 日まで 回
電 療 科	回
	回
レントゲン科	回
宿 泊 科	入 院 科 月 日から 日 間
	月 日まで 日 間
	食 事 科 月 日から 日 間
	月 日まで 日 間
そ の 他	
合 計	医師の同意 の有 無
施 術 科 請 求 額	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 施 術 所 の 所 在 地 名 称 施術者の氏名	

[illegible]

この規程は、令和五年四月一日から施行する。

附 則

4号紙

訪問看護事業者の証明書

氏 名

傷 病 名		(訪問看護期間)
(傷病の経過)		年 月 日から 年 月 日まで 訪問看護の回数 回
基 本 療 養 費	☐ 保健師 ☐ 看護師 ☐ 理学療法士	指示年月日 年 月 日
	☐ 作業療法士	主治医への直近報告年月日 年 月 日
	円 × 回 円	(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
	☐ 准看護師 円 × 回 円	
管 理	初 日 円	
療 養 費	2回目以降 回 円	
情報提供 療 養 費	円	提供した情報の概要
ターミナル ケ ア 療 養 費	円 死亡年月日 年 月 日	情報提供先の市（区）町村の名称 (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		

[注意事項]

1 該当する□に✓印を記入すること。

2 この様式中、訪問看護の内容の詳細については、この様式への記入に代えて、同様事項を記載した訪問看護療養費
明細書を添付してもよいこと。なお、その場合であっても、この様式の提出は必須であること。

4号紙

訪問看護事業者の証明書

氏 名

傷 病 名		(訪問看護期間)
(傷病の経過)		年 月 日から 年 月 日まで 訪問看護の回数 回
基 本 療 養 費	☐ 保健師 ☐ 看護師 ☐ 理学療法士	指示年月日 年 月 日
	☐ 作業療法士	主治医への直近報告年月日 年 月 日
	円 × 回 円	(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
	☐ 准看護師 円 × 回 円	
管 理	初 日 円	
療 養 費	2回目以降 回 円	
情報提供 療 養 費	円	提供した情報の概要
ターミナル ケ ア 療 養 費	円 死亡年月日 年 月 日	情報提供先の市（区）町村の名称 (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		

[注意事項]

1 該当する□に✓印を記入すること。

2 この訪問看護事業者の証明書の記入に代えて、同様事項を記載した訪問看護事業者の証明書を添付してもよいこと。