

記載例

公害健康被害の補償等に関する 法律に係る作成手数料報告書兼請求書

忘れずに記入してください

請求額	11,220	円
※決定額	 	円

令和○年○月作成分

月ごとに請求書を作成
してください

内 訳

1. 障害補償費用の主治医診断報告書 (等級見直し用)	5,610 円 × 1 件 =	5,610 円
2. 認定更新用の主治医診断報告書	5,610 円 × 1 件 =	5,610 円
作成した報告書の件数と金額をご記入ください。	5,610 円 × 件 =	円
4. 主治医の意見書	3,960 円 × 件 =	円
計		2 件 11,220 円

上記のとおり報告・請求する。

令和○年○月○日

医療機関情報はあらかじめ提出いただいた、「振込
先口座登録用紙」と同じものを記入押印してください

忘れずに記入してください

医療機関

所在地 千葉市中央区千葉港 1-1

名 称 医療法人社団○○会○○病院

印

開設者の氏名又は名称 理事長 ○○ ○○

(あて先) 千 葉 市 長

職名も必ずご記入ください

注意：療養日数証明書（診療報酬明細書）の請求は別の用紙になります。
請求印は、初回に登録した印と同じものを押印ください。
※印の決定額は記入しないでください。

確認チェックリスト

<input type="checkbox"/>	作成月	主治医診断報告書に記入されている報告年月日を基準に請求書を作成してください。
<input type="checkbox"/>	件数・金額	件数・金額に誤りがないことを確認してください。 件数・金額欄は訂正不可のため、誤記入した場合、再度請求書を作成してください。
<input type="checkbox"/>	医療機関情報	医療機関情報はあらかじめ提出いただいた、「振込先口座登録用紙」と同じものを記入押印してください。 【よくある誤り】 ・医療機関名称：医療法人社団〇〇会 の記入漏れ ・開設者の名称：理事長・院長 など職名の記入漏れ ・印：振込先口座登録用紙と違うもので押印
<input type="checkbox"/>	日付	記入日
<input type="checkbox"/>	記入漏れ	記入・押印漏れがないかご確認お願い致します。
<input type="checkbox"/>	主治医診断報告書の添付	<u>原則、原本を添付してください。</u>

【その他留意点】

- ・主治医診断報告書・作成手数料報告書兼請求書は事前に被認定者様に送付しております。原則、被認定者様がお持ちになられた請求書類をご使用ください。
- ・依頼した報告書のみを請求してください。依頼した以外の報告書を作成いただいても作成手数料のお支払いはできません。
- ・作成手数料報告書兼請求書は原則訂正不可です。訂正等で新しい請求書類が必要な場合には千葉市ホームページから様式を適宜印刷の上、ご提出ください。
- ・記入誤り・記入漏れがあった場合、請求書再提出をお願いする場合があります。作成手数料の振込が遅延する可能性がありますので、あらかじめご了承ください。