

様式第6号

1号紙

療養補償請求書

医療機関（薬局）へ療養費を支払う場合

|      |                   |
|------|-------------------|
| 認定番号 | 〇〇-〇〇〇〇〇〇         |
| 請求回数 | 第 〇 回 ( 〇 年 〇 月分) |

|  |            |                  |
|--|------------|------------------|
| 地方公務員災害補償基金<br>群馬県 支部長 殿<br>下記の療養補償を請求します。 | 請求年月日      | 〇 年 〇 月 〇 日      |
|  | 請求者の住所     | 前橋市大手町〇-〇-〇      |
|  | フリガナ<br>氏名 | グンマ タロウ<br>群馬 太郎 |

|                      |  |                      |                          |
|----------------------|--|----------------------|--------------------------|
| 1<br>受補償費用の<br>受領委任の | この請求書による療養補償の費用の受領を<br><b>被災職員が記載</b> 委任者の氏名 | 前橋〇〇病院 院長〇〇<br>群馬 太郎 | に委任します。                  |
|                      | 上記委任に基づき、この請求書による療養補償の費用の支払を請求します。           |                      |                          |
| 受任者の                 | 医療機関等の名称                                     | 前橋〇〇病院               |                          |
|                      | 所在地  | 前橋市朝日町〇-〇            | <b>委任を受けた医療機関(薬局)が記載</b> |
|                      | 氏名(代表者名)                                     | 院長 〇〇〇〇              |                          |

|                    |                              |        |  |                           |
|--------------------|------------------------------|--------|--|---------------------------|
| 2<br>関被する災<br>害職員に | 所属団体名                        | 〇〇〇市   | フリガナ   | グンマ タロウ                   |
|                    | 所属部局名<br>(電話番号 027-***-****) | 〇〇部〇〇課 | 氏名   | 群馬 太郎                     |
|                    | 職名                           | 主任     | 常勤 <input checked="" type="checkbox"/> 非常勤 <input type="checkbox"/><br>令第1条職員 <input type="checkbox"/> | 負傷又は発病の年月日<br>〇 年 〇 月 〇 日 |

|   |     |                         |        |
|---|-----|-------------------------|--------|
| 3 | 診療費 | 内訳は「*10 診療費請求明細」欄記載のとおり | 〇〇〇〇 円 |
|---|-----|-------------------------|--------|

|   |     |                         |   |
|---|-----|-------------------------|---|
| 4 | 調剤費 | 内訳は「*11 調剤費請求明細」欄記載のとおり | 円 |
|---|-----|-------------------------|---|

|   |     |  |   |
|---|-----|--|---|
| 5 | 看護料 | <input type="checkbox"/> 訪問看護 内訳は「*12 訪問看護事業者の証明」欄記載のとおり                             | 円 |
|   |     | 年 月 日から 年 月 日まで 日間<br>(看護師の資格) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 円 |

|   |     |                                  |  |   |
|---|-----|----------------------------------|--|---|
| 6 | 移送費 | <input type="checkbox"/> 交通費     | から まで km <input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復 回 | 円 |
|   |     | <input type="checkbox"/> その他の移送費 |  |   |

|   |                  |   |   |                    |        |
|---|------------------|---|---|--------------------|--------|
| 7 | 上記以外の療養費 (3~6以外) | 円 | 8 | 療養補償請求金額 (3~7の合計額) | 〇〇〇〇 円 |
|---|------------------|---|---|--------------------|--------|

|              |  |                   |  |
|--------------|--|-------------------|--|
| 9<br>送金希望口座等 | <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する           | 個人番号              |  |
|              | <input checked="" type="checkbox"/> 任意の口座を指定する | 金融機関名             | 〇〇銀行   |
|              |  | 口座種別              | <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 |
|              |  | 口座番号              | 〇〇支店<br>0123456  |
|              | 口座名義人  | 法人機関又は役職の名称(フリガナ) | 前橋〇〇病院理事長 (マエバシ**ビョウインリジジョウ)                                       |
|              |  | 氏名(フリガナ)          | 〇〇 〇〇 (** ***)   |
|              | <input type="checkbox"/> その他                   |                   |  |

|                |       |       |       |
|----------------|-------|-------|-------|
| * 受理 (到達した年月日) | 所属部局  | 任命権者  | 基金支部  |
|                | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| * 決定金額         | 円     | * 通知  | 年 月 日 |
|                |       | * 支払  | 年 月 日 |

裏面（医療機関の場合は2号紙、薬局の場合は3号紙）に療養内容をご記入いただき、被災職員を通して基金へ請求してください。  
(裏面の診療機関の証明は不要です。)