

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)		
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		グンマ タロウ		
氏名		群馬 太郎		
地方公務員災害補償基金 群馬県 支部長 殿 下記の療養補償を請求します。				
1	この請求書による療養補償の費用の受領を	前橋〇〇病院 院長〇〇 に委任します。		
	被災職員が記載 委任者の氏名	群馬 太郎		
受領費用の	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	委任を受けた医療機関(薬局)が記載	
氏名(代表者名)	院長 〇〇〇〇			
2	所属団体名	〇〇〇市		
	所属部局名	〇〇部〇〇課 (電話番号 027-***-****)		
	職名	主任		
フリガナ	グンマ タロウ			
氏名	群馬 太郎			
職名	主任			
常勤	<input checked="" type="checkbox"/> 常勤			
令第1条職員	<input type="checkbox"/> 令第1条職員			
負傷又は発病の年月日	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 日間 年 月 日まで	円	
6	移送費	<input type="checkbox"/> 交通費	円	
		から まで km <input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復	円	
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	<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			
送金希望口座等	金融機関名	〇〇銀行	本支店等名	〇〇支店
	口座種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	0123456
	口座名義人	法人機関又は役職の名称(フリガナ) 氏名(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) 〇〇 〇〇 (** ***)	
<input type="checkbox"/> その他				
* 受理	所属部局	任命権者	基金支部	
(到達した年月日)	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。）