

様式第6号

1号紙

療養補償請求書

被災職員が費用を自己負担した場合

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.....に委任します。			
	委任者の氏名 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。			
受補償費用の	受任者の			
	医療機関等の名称 所在地 氏名(代表者名)			
2	所属団体名	〇〇〇市	フリガナ	
	所属部局名	〇〇部〇〇課 (電話番号 027-***-****)	グンマ タロウ	
	職名	主任	群馬 太郎	
関被する職事項目に		<input checked="" type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員	氏名 〇〇年 〇〇月 〇〇日生(〇〇 歳) 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 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 片道 回 から まで km <input type="checkbox"/> 往復	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	<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 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) 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)に医療機関又は薬局の証明をいただき、任命権者を經由して基金へ請求してください。