

療養補償（現物給付）請求書

		請求回数	第 1 回		
		認定番号	〇〇-〇〇〇〇〇〇		
地方公務員災害補償基金 青森県支部長殿		請求年月日	令和 〇〇年 4月 30日		
		請求者（指定医療機関）			
下記の療養費を請求します		住所	〇〇町〇〇二丁目 39-4		
		氏名	〇〇整形外科医院 〇〇 〇〇		
請求金額 ￥ 34,500-					
ただし、(所属) 〇〇町総務課 (氏名) 青森 甲夫 にかかわる診療費として (内訳は別添レセプトのとおり)					
負傷（発病）年月日		令和〇〇年 4月 10日			
診療期間		令和〇〇年 4月 10日 から (実診療日数 15 日) 令和〇〇年 4月 29日 まで			
転 帰		令和〇〇年 4月 30日 <input type="checkbox"/> 治ゆ <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 転医 <input type="checkbox"/> 死亡 <input checked="" type="checkbox"/> 継続中			
※調整額		円	理由		
送金方法	支払先	〇〇	銀行	※受理	令和 年 月 日
		〇〇	支店	※決定	令和 年 月 日
	項目	<input checked="" type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金		※支払	令和 年 月 日
	口座番号	No 〇〇〇〇〇〇〇		※決定金額	
	振込口座	住所	〇〇町〇〇二丁目 39-4		
氏名		〇〇 〇〇			
㊦ 請求回数が第一回目のときは、請求書に地方公務員災害補償「療養の給付請求書」を添えて基金支部長に送付すること。					

指定医療機関の銀行口座等について記入してください。