

3 療養補償請求書記載例

(1) 指定医療機関で療養を受けた場合（指定医療機関はP215参照）

様式第5号

療 養 の 給 付 請 求 書

		認 定 番 号		○○○○○○○○○
地方公務員災害補償基金大分県支部長 殿		請求年月日 平成○○年 ○月○○日		
下記の指定医療機関等における療養の給付を請求します。		請求者の住所 ○○市○○○-○		
		氏 名 <small>ふりがな</small> <small>おおいた たろう</small> 大分太郎 (印)		
1 被災職員に関する事項	所属団体名		所属部局名	
	○○市		○○課○○係	
	氏 名		職 名	
大分太郎		主 事 <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤		
○○年 ○月○○日生 (○○歳)		負傷又は		
		発 病 の		平成○○年 ○月○○日
		年 月 日		
2 療養を受けようとする 指定医療機関	(新)	所在地	○○市○○ △△番地	
		名 称	○○大学病院	
	(旧)	所在地		
		名 称		
* 受 理	平成 年 月 日	* 通 知	平成 年 月 日	
* 決定 <input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 不支給	平成 年 月 日			

〔注意事項〕

- 1 請求者は、*印の欄には記入しないこと。また、該当する□にレ印を記入すること。
- 2 「2 療養を受けようとする指定医療機関」の欄には、請求者が療養を受けようとする指定医療機関の所在地及び名称を記入し、現在療養を受けている指定医療機関を変更しようとする場合には、新旧の指定医療機関の所在地及び名称を記入すること。
- 3 「請求者の氏名」の欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができる。