

※ 本様式は、指定医療機関で治療を受けた場合に使用する請求様式です。指定外医療機関で治療を受けた場合は、様式第6号で請求してください。

療養の給付請求書

認定番号

405-〇〇〇〇

地方公務員災害補償基金

請求年月日

令和5年3月31日

山形県 支部長 殿

請求者の住所

〇〇町〇〇9-10

被災時の所属・年齢を記入してください。
※所属部局名は、課名等できるだけ詳細な所属名を記入してください。

フリガナ氏名

アサヒ カズヤ
朝日 一也

被災職員に関する事項

所属団体名 〇〇町

フリガナ

アサヒ カズヤ

所属部局名 総務部 〇〇〇〇課

氏名

朝日 一也

平成7年12月6日生(27歳)

職名 主事

常勤
 令第1条職員

負傷又は発病の年月日

令和4年6月26日

療養を受けようとする指定医療機関等

(新)

名称 県立〇〇病院

所在地 〇〇市〇〇10-11

(旧)

名称 〇〇整形外科医院

所在地 〇〇市〇〇二丁目5-20

* 受理

基金支部

(到達した年月日)

* 決定

㊦「療養を受けようとする指定医療機関等」の記載方法

- ◆ 指定医療機関 (A) ⇒ 指定医療機関 (B) に転医
… (新) には B の名称・所在地、(旧) には A の名称・所在地
- ◆ 指定医療機関 (A) ⇒ 指定外医療機関 (B) ⇒ 指定医療機関 (C) に転医
… (新) には C の名称・所在地、(旧) には直前の指定医療機関 A の名称・所在地
- ◆ 指定外医療機関 (A) ⇒ 指定医療機関 (B) に転医
… (新) には B の名称・所在地、(旧) には「※指定外医療機関」と記載
- ◆ 指定医療機関 (A) を受診し、転医がない場合
… (新) には A の名称・所在地、(旧) には「※貴院が初診医療機関」と記載
- ◆ 指定医療機関を受診しない場合は、この請求書は作成する必要がありません。

1 請求者は

2 「2 療

記入し、現

3 年月日の