

療養の給付請求書

(記載例)

(療養を受けようとする時)		認定 番号	2018-0000	
地方公務員災害補償基金 高知県支部長 様 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。		請求年月日 平成〇年〇月〇日		
		請求者の住所 〇〇市〇〇町〇〇番地		
1 被災職員に関する事項		所属団体名 〇〇市 所属部局名 〇〇部〇〇課		
		氏名 土佐 太郎 職名 係長 <input checked="" type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員 負傷又は発病の年月日 平成30年7月1日		
2 療養を受けようとする指定医療機関等		(新)	所在地	〇〇市〇〇町〇〇番地
			名称	〇〇病院
		(旧)	所在地	
			名称	

* 受理	平成 年 月 日	* 通知	平成 年 月 日
* 決定 □支給 □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でください。また、該当する□に✓印を記入してください。
- 2 「2 療養を受けようとする指定医療機関等」の欄には、請求者が療養を受けようとする指定医療機関等の所在地及び名称を記入し、現在療養を受けている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等の所在地及び名称を記入してください。
- 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ます。
- 4 令第1条職員とは、再任用職員（短時間）、常勤的非常勤職員のことをいいます。