

療 養 費 支 払 状 況 報 告 書

〇年〇月〇日

地方公務員災害補償基金千葉県支部長 様

所属団体名 地方公共団体名（任命権者ごと）
所属部局名 部局課名・事業所名・学校名・警察署名等
氏 名 〇〇 〇〇

私は、〇年〇月〇日発生 of 災害に係る傷病の療養費については、下記のとおりであることを報告します。

医療機関等名称	自己負担の有無	診療費支払方法※	負担期間	負担した金額（円）
〇〇病院	無	ア	〇年〇月〇日	〇,〇〇〇円
〇〇クリニック	有	ウ	〇年〇月〇〇日～ 〇月〇日	〇, 〇〇〇円

※ 診療費支払方法欄（下記の記号を選択すること。）

- 「ア」 …… 医療機関から直接基金に請求予定
「イ」 …… 加害者等（相手方保険会社等）が支払う予定
「ウ」 …… 自分で負担している（全額）
「エ」 …… 自分で負担している（共済組合員証使用）

本書は、書類作成時点での状況を記載してください。
なお、本書提出後に支払状況が変わった場合（医療機関から返金された、追加支払した等）であっても、提出し直す必要はありません。

（注 1） 本書作成時の状況を記入すること。
（注 2） 自己負担がない場合は、「負担期間」「負担した金額」の記入は不要。