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千葉県支部長　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　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 請求者の住所〒　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　 　　　　　　 |
| 関する事項１被災職員に | 所属団体名 | 所属部局名 |
| 氏　　名　　　　　年　　月　　日生（　　歳） | 職　　　名　　　　　　　　　□　常　　　　勤　　　　　　　　　　　　　 □　令第１条職員 |
| 発病の年月日　　　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 　 医療機関　 うとする指定２療養を受けよ | 新 | 所在地 | 名称 |
| 旧 | 所在地 | 名称 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ＊受　　理（到達した年月日） | 所 属 部 局 | 任 命 権 者 | 基 金 支 部 |
| 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| ＊　通　　知 | 　　　　　年　　月　　日 | ＊　認　　定 | 　　　　　年　　月　　日　　□支給　　　□不支給 |

[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　年月日の記載には元号を用いる。