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。