

療養の給付請求書

指定医療機関用の様式です。
指定医療機関以外の場合は、
様式第6号で御請求ください。認定
番号

12-171004

地方公務員災害補償基金埼玉県支部長 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	令和4年5月9日
		請求者の住所	330-9301埼玉県上尾市高砂3-15
		ふりがな	あげお けいすけ
		氏名	上尾 圭佑
1 被災職員に関する事項	所属団体名	所属部局名	
	上尾市	保健福祉部高齢者福祉課	
	氏名	職名	<input checked="" type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員
	上尾 圭佑	主任	
	平成2年9月22日生(31歳)	負傷又は発病の年月日	令和4年3月14日
2 療養を受けようとする指定医療機関等	(新)	所在地	埼玉県さいたま市浦和区高砂3-6-1
		名称	浦和赤十字病院
	(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	*決定	年月日
			<input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 不支給

〔注意事項〕

- 請求者は、*印の欄には記入しないこと。また、該当する口にレ印を記入すること。
- 「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指定医療機関等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すること。
- 年月日の記載には元号を用いる。