|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **療養補償（現物給付）請求書** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | 請求回数 | | | | | | 第　　　　回 | | | |
|  | | | | | | | | | 認定番号 | | | | | |  | | | |
| 地方公務員災害補償基金  青森県支部長殿 | | | | | | | | | 請求年月日 | | | | | | 年　　月　　日 | | | |
| 請求者（指定医療機関） | | | | | | | | | |
| 下記の療養費を請求します | | | | | | | | | 住　所 | | | |  | | | | | |
| 氏　名 | | | |  | | | | |  |
| 請　求　金　額　　￥ | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| ただし、（所属） | | |  | | | （氏名） | | | |  | | | | | | | にかかわる診療費として | |
| （内訳は別添レセプトのとおり） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 負傷（発病）年月日 | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | |  | |  | | | | |
| 診療期間 | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | から | | （実診療日数　　　　日） | | | | |
|  | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | まで | |
| 転帰 | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | |  | | □治ゆ　□中止　□転医　□死亡  □継続中 | | | | |
| ※調整額 | | | 円 | | | | 理由 | | | |  | | | | | | | |
| 送金方法 | 支払先 | |  | | | | | 銀行 | | | ※受理 | | | | | 年　　月　　日 | | |
|  | | | | | 支店 | | | ※決定 | | | | | 年　　月　　日 | | |
| 項目 | | □普通預金　　□当座預金 | | | | | | | | ※支払 | | | | | 年　　月　　日 | | |
| 口座番号 | | No | | | | | | | | ※決定金額 | | | | |  | | |
| 振込口座 | 住所 |  | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | | |
|  | 請求回数が第一回目のときは、この請求書に地方公務員災害補償「療養の給付請求書」を添えて基金支部長に送付すること。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |