|  |
| --- |
| **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。 |