|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  **地方公務員災害補償****療 養 費 請 求 書** | 認定番号 | ― |
|  | 地方公務員災害補償基金　　　　栃木県支部長　殿　 | 請求年月日　　　　　　　　　 　　年　　月　　日 |
| 医療機関の所在地 |
| 下記の療養費(ｱﾌﾀｰｹｱ)を請求します。 | 名　称 |
| 代表者名 　　　　 |
|  |  |
| １被災職員に関する事項 | 所属団体名 | 所属部局名（電話番号　　　　　　　　　） |
| 氏　　　名　　　　　年　　月　　日生（　　歳） | 職　　　名　　　　 □常　　　　勤　　　　　　　　　　□常勤的非常勤 |
| 負傷又は発病の年月日 　 　　　　 　　年　　月 日 |
| ２　診 療 費 | 内訳は「＊10　診療費請求明細」欄記載のとおり | 　　　　　　円 |
| ３　調 剤 費 | 内訳は「＊11　調剤費請求明細」欄記載のとおり |  円 |
| ４　看 護 料 | □訪問看護 内訳は「＊12 訪問看護事業者の証 明」欄記載のとおり |  円 |
| □看護師　　 □付添婦 　　　 年　　月　　日から　　　　 　　 年　　月　　日まで　 日間□その他 　　　　　　　　　  |  　　　　円 |
| ５　移 送 費 | □交通費 　 □片道　　から　　まで　　キロメートル　 　　　回 　　　　　　　　 □往復 |  円 |
| □その他の移送費 |
| ６ 上記以外の療養費 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| ７　療養補償請求金額(２～６の合計額) | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ８送金希望の場合 | 振込み | 振込先金融機関名銀行　　　　支店 | 預金名義者名 | 法人機関又は役職の名称（個人名義の場合は記入不要です。） |
| 口座番号 |
| □普通預金　　　□当座預金 |
| 送金小切手 |  　　　銀行　　　　　支店 | （フリガナ）氏　　　　名 |
| その他 |  |
|  |  |  |  |  |
| ＊受理　　年　月　日 | ＊通知　年　月　日 | ＊支払　　年　月　日 | ＊決定金額　　　　　　　　　円 |

〔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。