|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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。