

原則として被災職員であること

様式第 5 号

療養の給付請求書

		認 定 番 号	〇〇-〇〇〇〇〇
地方公務員災害補償基金青森県支部長 殿 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	令和〇〇年 4 月 27 日
		請求者の住所	〇〇町大字〇〇字〇〇192
		氏 名	ふりがな あおもり こうお 青森 甲夫
1 被災職員に関する事項	所属団体名	所属部局名	
	〇〇町	総務課庶務係	
	氏 名	職 名	
青森 甲夫	主事		
		<input checked="" type="checkbox"/> 常 勤 <input type="checkbox"/> 令第 1 条職員	
	平成〇〇年 12 月 5 日生 (28 歳)	負傷又は 発 病 の 令和〇〇年 4 月 10 日 年 月 日	
2 療養を受けようとする 指定医療機関	(新)	所在地	〇〇町〇〇二丁目39-4
		名 称	〇〇整形外科病院
	(旧)	所在地	
		名 称	
* 受 理	令和 年 月 日	* 通 知	令和 年 月 日
* □支給 決定 □不支給	令和 年 月 日		

〔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。
- 2 「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。

被災職員が記入し、指定医療機関等に提出すること。
提出する際に、認定通知書を提示すること。