

療養の給付請求書

認定番号

〇〇-〇〇〇〇〇〇

地方公務員災害補償基金 沖縄県 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 年 〇 月 〇 日
	請求者の住所	〇〇市〇〇町〇〇番地
	フリガナ 氏 名	キキン タロウ 基金 太郎

1 被災職員に関する事項	所属団体名	〇 〇 市	フリガナ	キキン タロウ
	所属部局名	〇〇部〇〇課〇〇係	氏 名	基金 太郎
	職 名 主 査	<input checked="" type="checkbox"/> 常 勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員	負傷又は発病の年月日	昭和 〇 年 〇 月 〇 日生 (〇 歳)
				令和 〇 年 〇 月 〇 日

2 療養を受けようとする指定医療機関等	(新)	名 称	県立〇〇病院
		所在地	〇〇市〇〇町〇〇丁目〇〇番地〇号
	(旧)	名 称	
		所在地	

* 受 理	基金支部
(到達した年月日)	年 月 日

* 決 定	年 月 日	* 通 知	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 不支給		

- 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名称及び所在地を記入し、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名称及び所在地を記入すること。
- 3 年月日の記載には元号を用いる。