

公務災害等療養費請求書

認定番号		請求回数	第 回(年 月分)
受付番号		請求年月日	年 月 日
被災職員 に関する 事項	所属団体名	所属部局 TEL	
	氏 名	職 名	<input type="checkbox"/> 常 勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員
	年 月 日生(歳)	負傷又は 発病の年月日	年 月 日
診 療 費	内訳は、別添診療報酬明細書のとおり		円
調 剤 費	内訳は、別添診療報酬明細書のとおり		円
看 護 料	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 付添婦 <input type="checkbox"/> その他	年 月 日から 年 月 日まで	円 日間
上記以外の 診 療 費			円
合 計			円
振込銀行名	銀行 支店	口座番号	
預金種別	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金	口座名義人	(フリガナ)
備 考			
上記のとおり請求します。 年 月 日 (医療機関名) 地方公務員災害補償基金徳島県支部長 殿			

(注1) 公務災害による給付は**非課税**ですので、請求額は税抜きで記入してください。

(注2) 受付番号欄には、記入しないでください。

(注3) 年月日の記載には、元号を用いてください。