

様式第5号：すべて被災職員が記載のうえ、指定医療機関へ持参（初診月のみ）

様式第5号

(請求年月日ももれなく記載してください。)

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大阪府支部長様		請求年月日 令和〇〇年〇〇月〇〇日	
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。		請求者の住所 〇〇市〇〇町〇〇丁目〇〇	
ふりがな おおさか いちろう		氏名 大阪 一郎	
1 被災職員に関する事項	所属団体名	所属部局名	
	〇 〇 市	〇〇部〇〇課	
	氏名	職名	<input checked="" type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員
	大阪 一郎	技師	
	平成〇〇年〇〇月〇〇日生(〇〇歳)	負傷又は発病の年月日	令和 〇〇年〇〇月〇〇日
2 療養を受けようとする指定医療機関等	(新)	所在地	〇〇市〇〇町〇〇丁目〇〇
		名称	〇〇病院
	(旧)	所在地	
		名称	

* 受理 (到達した年月日)	所属部局	任命権者	基金支部
	年 月 日	年 月 日	年 月 日
* 通知	年 月 日	* 決定	年 月 日 <input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 不支給

[注意事項]

- 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 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。
- 年月日の記載には元号を用いる。