

療 養 の 給 付 請 求 書

認 定  
番 号

地方公務員災害補償基金新潟県支部長 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 年 月 日	
		請求者の住所 ..... ..... ふりがな 氏 名 .....	
1 被災職員に関する事項	所属団体名	所属部局名	
	氏 名	職 名  <input type="checkbox"/> 常 勤 員 <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	
2 療養を受けようとする 指定医療機関等	(新)	所在地	
		名 称	
	(旧)	所在地	
		名 称	
* 受 理 (到達した年月日)	所 属 部 局 年 月 日	任 命 権 者 年 月 日	基 金 支 部 年 月 日
* 通 知	年 月 日	* 決 定	<input type="checkbox"/> 支 給 年 月 日 <input type="checkbox"/> 不支給

[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。
- 3 年月日の記載には元号を用いる。