

様式第 5 号

療養の給付請求書					認 定 番 号			
地方公務員災害補償基金 熊本県 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 フリガナ 氏 名				
1 被災職員に関する事項	所属団体名				フリガナ 氏 名 年 月 日生 (歳)			
	所属部局名							
	職 名 ☐ 常 勤 ☐ 令第 1 条職員				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)	名 称						
		所在地						
	(旧)	名 称						
		所在地						

＊ 受 理 (到達した年月日)	基 金 支 部	
	年 月 日	

＊ 決 定	年 月 日	＊ 通 知	年 月 日
	☐ 支給 ☐ 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。