

地方公務員災害補償基金
療 養 費 請 求 書

指定医療機関

地方公務員災害補償基金
熊 本 県 支 部 長 様

下記の療養費を請求します。

令和 年 月 日

指定医療機関の
郵便番号
所在地
名称
氏名
電話

請求金額 円

(請求金額の内訳は別添内訳書のとおり) *注1(3)

*負傷又は発病年月日	令和 年 月 日	*認 定 番 号	
*所 属 部 局		*被 災 者 氏 名	

傷病の経過								
転帰	令和 年 月 日							
(該当事由に○印を記入ください)	治ゆ		継続		転医		中止	
							死亡	

送 金 先	振込先金融機関名	銀行	支店
	預 金 科 目	□普通預金No.	□当座預金No.
	フリガナ		
	預 金 名 義		

注1 医療機関の方へ

- (1)この請求書は、公務上又は通勤より負傷し又は疾病にかかった地方公務員が診療を受ける際に使用するものです。
なお、療養に要した費用は、地方公務員災害補償基金熊本県支部から口座振替の方法により直接支払いますので本人には請求しないでください。
- (2)地方公務員災害補償法に基づく療養補償に対する消費税は非課税となります。
- (3)請求の際は、通常使用されている診療費請求内訳書の写しを添付してください。
- (4)傷病の経過及び転帰の欄は、必ず記入してください。
- (5)請求に当たり疑義のある場合は、地方公務員災害補償基金熊本県支部(TEL096-383-2052)にお問い合わせください。

2 被災職員(所属事務担当者)へ

- (1)この請求書用紙は、国立病院機構熊本医療センター、国立病院機構再春医療センター、国立病院機構熊本南病院、国立病院機構菊池病院、国立療養所菊池恵楓園、熊本労災病院、熊本中央病院、済生会熊本病院、済生会みすみ病院、熊本赤十字病院、日本赤十字社熊本健康管理センター、熊本総合病院、人吉医療センター、天草中央総合病院で受診する場合にのみ使用してください。
- (2)*印欄は、被災職員(所属担当者)が記入してください。
- (3)初診の際は、この用紙のほかに療養の給付請求書(様式第5号)を必ず提出してください。