都支部様式第３１号

**請　　　求　　　書**

　地方公務員災害補償基金東京都支部長　殿

　　　　　 以下の金額を請求します。

　　　　　　　年　　月　　日

住　　所

所　　属

　　　　　　被 災 職 員 の

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

電　　話

　　　金額　 　　　　　　　　円

　　　　ただし、公務災害認定請求の件のレントゲンフィルム複写代金等について

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 送金先 | 振　込　銀　行 | | 銀行　　　　　　支店 | |
| 預　金　口　座 | | □普通預金 | 口座番号 |
| □当座預金 |
| 振込口座 | 住　　　所 |  | |
|  |  | |

（注）預金者名義は、通帳に記載されたとおり正確に書いて、必ずフリガナをつけてください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 所属 |  | 療養内容について（回答）受領 | |  |
| 請求者確認印 | 担当者確認印 |
| 照会番号 | 地基東第　　　号 |  |  |
| 依頼年月日 | 年　　月　　日 |