

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

被災職員 の	{	住 所 _____
		所 属 _____
		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		<input type="checkbox"/> 普通預金	口座番号
			<input type="checkbox"/> 当座預金	
	振込口座	住 所		
フリガナ 預金者名義				

(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		