

記載例 8 療養の給付請求書

様式第 5 号

※指定医療機関で初回請求の時のみ必要です。
療養費請求書（都支部様式第 1 号又は第 1 号の 2）と一緒に渡してください。

認定後転医した場合も、必ず記入後、
指定医療機関に提出すること。

療養の給付請求書		認定 番号	〇〇〇〇-〇〇〇〇	
地方公務員災害補償基金東京都支部長..... 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 令和2 〇 年 〇 月 日 請求者の住所 東京都〇〇市〇〇町 1-2 氏名 <small>しんじゅくたろう</small> 新宿太郎 <small>ふりがな</small>		
1 被災 職員 に 関 する 事 項	所属団体名 東京都	所属部局名 〇〇局〇〇部		
	氏名 新宿太郎	職名 主事 <input checked="" type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 令第 1 条職員		
	昭和45年 2 月 1 日生（50 歳）	負傷又は 発病の 令和2年 7 月 5 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	千代田区永田町〇-〇	
		名称	関東整形外科病院	
	(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 年 月 日		<input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 不支給	

本人記入

〔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 「請求者の氏名」の欄は、自筆による署名ではない場合、本人確認を行うことがあります。
- 4 令第 1 条職員とは、再任用短時間勤務職員等及び常勤的非常勤職員をいう。(P.2~3 参照)
- 5 都支部様式第 1 号または第 1 号の 2 による初回請求時に添付してください。
- 6 年月日の記載には元号を用いてください。

※この請求書は、療養費請求書と一緒に（東京都医師会に加入している会員が開設又は管理している医療機関は医師会を経由して）基金に送付するよう医療機関等の方に依頼してください。