

地方公務員災害補償

療 養 費 請 求 書

保険医療機関コード

地方公務員災害補償基金  
東京都支部長 殿

下記の療養費を請求します。

年 月 日

医療機関の { 郵便番号  
所在地  
名称  
氏名  
電話

請求金額	百	十	万	千	百	十	円
------	---	---	---	---	---	---	---

(請求金額の内訳は裏面のとおり)

※ 負傷又は 発病年月日	年 月 日	※認定番号	~
※ 所属団体 ・ 部 局		(フリガナ) ※被災者氏名	

送 金 先	振込先銀行	銀行	支店
	預金科目	<input type="checkbox"/> 普通預金 No.	<input type="checkbox"/> 当座預金 No.
	(フリガナ) 預金名義		

注1 医療機関の方へ

- この請求書は、医療機関等との協定に基づき、公務上又は通勤に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東京都支部から、口座振替の方法により直接支払いますから、**本人には請求しないでください。**
- この請求書は、月ごとに次の区分により提出してください。  
ア 東京都医師会に加入している会員が開設又は管理する病院又は診療所（下記イの病院等を除く。）  
..... 〒101-8328 東京都千代田区神田駿河台 2-5  
**公益社団法人東京都医師会 あて (Tel 03-3294-8821 (代表))**  
イ 都立病院、都職員共済組合直営診療所、三楽病院、関東中央病院、労災病院、国家公務員共済組合連合会直営病院、厚生労働省所管の国立病院及び診療所、日赤病院及び日赤診療所、済生会病院及び済生会診療所、厚生年金病院等、地方公務員災害補償基金本部指定医療機関及び指定福祉事業機関  
..... 〒163-8001 東京都新宿区西新宿 2-8-1 東京都庁第一本庁舎北塔 35 階  
**地方公務員災害補償基金東京都支部 あて (Tel 5320-7363)**
- 療養費は協定料金により支払います。
- 「送金先」の欄は、明確に記入してください。なお、「預金名義」の欄は、通帳に記入してあるとおりに正しく記入してください。
- 請求に当り疑義のある場合は、**地方公務員災害補償基金東京都支部 (Tel 5320-7363)** にお問い合わせください。
- 年月日の記載には元号を用いてください。

2 被災職員（所属事務担当者）へ

- この請求書用紙は、上記の1の(2)のア及びイに掲げる医療機関で受診する場合にのみ使用してください。
- ※印欄は、被災職員（所属事務担当者）が記入してください。**
- 初診の際（認定後）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。

※ 所属事務 担 当 者	係名		氏名		電話	
-----------------	----	--	----	--	----	--

