

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	_____
	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 <input type="checkbox"/> 当座預金	口座番号
	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。

※下線以下は記入しないでください。

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			