様式第５号

療養の給付請求書

認定番号	

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　　年　　月　　日 請求者の住所 氏（ふりがな）名 （自署又は押印）

1 被災職員に関する事項	所属団体名	所属部局名
	氏　　名 年　　月　　日生（　　歳）	職　　名　　□常　　勤 □令第１条職員
		負傷又は発病の年月日　　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	
		名　称	
	（旧）	所在地	
		名　称	

＊ 受　理（到達した年月日）	所属部局	任命権者	基金支部
	年　月　日	年　月　日	年　月　日

＊ 通　知	年　月　日	＊ 決　定	年　月　日 □支　給　□不支給

〔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、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができる。
4　令第１条職員とは、定年前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。