　　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　長崎県支部長　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  　ふりがな  氏　　　　名 | | |
|
|
|
|
|
|
| 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  　□公務上　　　□公務外 | |

　〔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　年月日の記載には元号を用いること。