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。