**様式第５号**（第２次改正・一部、第10次改正・一部、第39次改正・一部、第50次改正・一部、第54次改正・一部）

療 養 の 給 付 請 求 書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 認定番号 |  |
|  |  地方公務員災害補償基金鳥取県支部長 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） | 基 金 支 部 |
| 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　年月日の記載には元号を用いる。