

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埼玉県支部長		請求年月日 年 月 日		
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。		請求者の住所		
		氏 名		
1 被災職員に関する事項	所属団体名		所属部局名	
	埼玉県教育委員会			
	氏 名		職 名	
			<input type="checkbox"/> 常 勤 <input type="checkbox"/> 令第 1 条職員	
	年 月 日生 (歳)		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		
				<input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 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。