

診療費請求書

(令和元 年 ○月分)

地方公務員災害補償基金

茨城県支部長 殿

下記の診療費を請求します。

令和元 年 ○ 月 ○ 日

医療機関 名称 茨城県 △△△病院
氏名 院長 ○○ ○○

金額 ￥ 12,345 円

(請求内訳裏面のとおりに)

※認定番号	○○○○ - ○○○○	※氏名	基金 太郎
※所属部局	A市		

※印欄は、被災職員又は所属事務担当が必ず記入してください。

送金先	振込銀行	○○○ 銀行 ××× 支店
	口座番号	1234567
	預金種目	<input checked="" type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金
	ふりがな	いばらきけん △△△びょういん
	預金名義者名	茨城県 △△△病院

[注意事項]

- この請求書は、地方公務員災害補償基金茨城県支部の指定医療機関で受診する場合に、地方公務員災害補償基金で定めている様式第5号「療養の給付請求書」と併せて提出ください。
- *印欄は、記入しないでください。
- 年月日の記載は元号を用いる。

*決定金額	円
*通知	令和 年 月 日
*支払	令和 年 月 日

受付印

●指定医療機関を受診した場合（指定医療機関が医療費を基金に直接請求する場合）に使用する様式第5号「療養の給付請求書」には送金先口座等を記入する欄がないため、本書を添付して請求してください。