

様式第5号

記入例1：指定医療機関で受診した場合

療養の給付請求書

認定番号

〇〇〇〇-〇〇〇〇

地方公務員災害補償基金 茨城県 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	令和〇 年 〇 月 〇 日
	請求者の住所	A市〇〇町〇〇番地
	フリガナ氏名	キキン タロウ 基金 太郎

1 被災職員に関する事項	所属団体名	A市	フリガナ氏名	キキン タロウ 基金 太郎
	所属部局名	〇〇部□□課△△係	年齢	平成5年2月14日生(26歳)
	職名	主事 <input checked="" type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員	負傷又は発病の年月日	令和3年5月7日

2 療養を受けようとする指定医療機関等	(新)	名称	茨城県立〇〇病院
		所在地	水戸市〇〇-〇〇
	(旧)	名称	
		所在地	

* 受理	基金支部
(到達した年月日)	年 月 日

* 決定	年 月 日	* 通知	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 不支給		

- 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名称及び所在地を記入し、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名称及び所在地を記入すること。
- 3 年月日の記載には元号を用いる。

●指定医療機関で受診した場合
(指定医療機関が医療費を基金に直接請求する場合)
 ①上の色付き部分を被災職員が記載し、指定医療機関へ提出
 ②指定医療機関がレセプト等を添付して基金へ請求