

様式第5号

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 群馬県 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5年4月2日
	請求者の住所	前橋市大手町1-1-1
	フリガナ 氏名	グンマ タロウ 群馬 太郎

1 被災職員に関する事項	所属団体名	〇〇〇市	フリガナ	グンマ タロウ
	所属部局名	〇〇部〇〇課	氏名	群馬 太郎
	職名	主任	勤	<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	昭和〇〇年〇〇月〇〇日生(〇〇歳) 令和5年4月1日

2 療養を受けようとする指定医療機関等	(新)	名称	前橋〇〇病院
		所在地	前橋市朝日町〇-〇
	(旧)	名称	
		所在地	

* 受理	所属部局	任命権者	基金支部
(到達した年月日)	年 月 日	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		

被災職員が作成し、療養を受ける指定医療機関へ提出してください。
 初回のみ提出します(2回目以降の提出は不要です)。
 ただし、他の指定医療機関へ転医した場合は、転医先の指定医療機関へも提出してください。