

別記群地基様式第9号の2

地方公務員災害補償
療 養 費 請 求 書

地方公務員災害補償基金

群馬県支部長 殿

下記の診療費を請求します。

年 月 日

医療機関の { 所在地
名称
氏名

金額 ￥

請求内訳裏面のとおりに

認定番号		氏 名	
所属部局			

送 金 先	振 込 先 銀 行	銀行	支店
	預 金 科 目	<input type="checkbox"/> 普通預金	<input type="checkbox"/> 当座預金
	口 座 番 号		
	預金名義者名		

* 受 理	年 月 日
* 決定金額	円
* 通 知	年 月 日
* 支 払	年 月 日

[注意事項]

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。