

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

指定医療機関にて作成し、裏面の記載内容を確認のうえ、基金群馬県支部へ直接ご送付ください。

下記の診療費を請求します。

令和 3 年 11 月 11 日

医療機関の { 所在地 前橋市朝日町〇-〇
名称 前橋〇〇病院
氏名 院長 〇〇〇〇

金 額 ￥ 54,321 円

請求内訳裏面のとおりに

認定番号	〇〇-〇〇〇〇〇〇	氏 名	群馬 太郎
所属部局	〇〇部〇〇課		

送 金 先	振 込 先 銀 行	〇〇 銀行 〇〇 支店
	預 金 科 目	<input checked="" type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金
	口 座 番 号	0 1 2 3 4 5 6
	預 金 名 義 者	マエバシ〇〇ピョウイン リジチヨウ * * * * 前橋〇〇病院 理事長 〇〇〇〇

* 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。