**地 方 公 務 員 災 害 補 償**

**療　養　費　請　求　書**

基金支部様式第１号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　地方公務員災害補償基金　　神戸市支部長　様　　　下記の療養費を請求します。　　　　　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　　郵便番号　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地　　　　　　　　　　医療機関の　　名称　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　電話

|  |  |
| --- | --- |
| 請　求　金　額（別紙診療費内訳のとおり） | 　　　　　　　　　円 |
| 患　者　氏　名 | 他　　　　　名分 |
| 　送 金 先 | 振込先銀行 | 　　　　　　　　銀行　　　　　　　　　　支店 |
| 預金科目（レ印を記入） | □普通預金　　　　□当座預金 |
| 口座番号 |  |
| 口座名義 | フリガナ |
|  |

 |

〔注意事項〕

１　この請求書は、兵庫県医師会に所属する医療機関（官公立を除く。）については兵庫県医師会（〒651‐8555　神戸市中央区磯上通６丁目１番11号　電話078‐231‐4114）に提出してください。その他の医療機関については、本様式ではなく療養補償請求書（基金様式第６号）で、地方公務員災害補償基金神戸市支部（〒650-0034　神戸市中央区京町72番地　新クレセントビル９階　神戸市行財政局厚生課内　電話078‐322‐6921）に提出してください。

２　支払は地方公務員災害補償基金神戸市支部から口座振替により行うので、「送金先」の欄に所定の事項を必ず記入してください（預金名義は預金通帳に記載されているとおり、省略せずに正しく、フリガナも添えて記入してください。）。

３　年月日の記載には元号を用いてください。

|  |  |
| --- | --- |
| 決定金額 | 円 |

※決定金額は記入しないでください。