

<記載例>

被災職員が作成し、指定医療機関に提出

認定通知書の番号を記入

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広島県支部長...様  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	令和〇〇年〇〇月〇〇日	
	請求者の住所	〇〇市〇〇町〇〇番地	
氏名	ふりがな	みよし	なつみ
	氏名	三次	夏美
1 被災職員に関する事項	所属団体名	〇〇〇〇〇〇組合	
	所属部局名	〇〇〇事務所〇〇課〇〇係	
	氏名	職名	主任 <input checked="" type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員
	三 次 夏 美		
	H〇〇年〇〇月〇〇日生(〇〇歳)	負傷又は発病の年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日
2 療養を受けようとする指定医療機関等	(新)	所在地	〇〇市〇〇町〇〇番地
		名称	〇〇中央病院
	(旧)	所在地	
		名称	

*受理	年 月 日	*通知	年 月 日
*決定 <input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 不支給	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✓印を記入すること。
- 「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所在地及び名称を記入し、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所在地及び名称を記入すること。