

※ 本様式は、指定医療機関で治療を受けた場合に使用する請求様式です。指定外医療機関で治療を受けた場合は、様式第6号で請求してください。

様式第5号

療養の給付請求書

		認定番号	329-0000
地方公務員災害補償基金山形県支部長 殿 〒990-8570 山形市松波二丁目8番1号 山形県庁6F 総務部総務厚生課内  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	平成29年3月31日
		請求者の住所	〇〇町〇〇9-10
		ふりがな	あさひ かずや
		氏名	朝日一也 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">朝日</span>
1 被災職員に関する事項	所属団体名	所属部局名	〇〇町 総務部 〇〇〇〇課
	氏名	職名	朝日一也 主事 <input checked="" type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 常勤的非常勤
	平成元年12月6日生 (27歳)	負傷又は発病の年月日	平成28年6月26日
2 療養を受けようとする指定医療機関等	(新)	所在地	〇〇市〇〇10-11
		名称	県立〇〇病院
	(旧)	所在地	〇〇市〇〇二丁目5-20
		名称	〇〇整形外科医院

*受理	平成 年 月 日	*通	平成 年 月 日
*決定	平成 年 月 日		

[注意] 1 2 3 等 旧

- ▶ 「療養を受けようとする指定医療機関等」の記載方法
- ◆ 指定医療機関(A) ⇒ 指定医療機関(B)に転医
  - ・(新)にはBの名称・所在地、(旧)にはAの名称・所在地
- ◆ 指定医療機関(A) ⇒ 指定外医療機関(B) ⇒ 指定医療機関(C)に転医
  - ・(新)にはCの名称・所在地、(旧)には直前の指定医療機関Aの名称・所在地
- ◆ 指定外医療機関(A) ⇒ 指定医療機関(B)に転医
  - ・(新)にはBの名称・所在地、(旧)には「※指定外医療機関」と記載
- ◆ 指定医療機関(A)を受診し、転医がない場合
  - ・(新)にAの名称・所在地、(旧)には「※貴院が初診医療機関」と記載
- ◆ 指定医療機関を受診しない場合は、この請求書は作成する必要がありません。

関新