

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 静岡県支部長 様

下記の療養費を請求します。

年 月 日

医療機関の { 〒
所在地
名称
氏名

金額 _____ 円

ただし、別添療養費請求明細書のとおり _____ 始め _____ 件分

送 金 先	振 込 先 銀 行		銀行	支店
	預金科目(レすること)		<input type="checkbox"/> 普通預金	<input type="checkbox"/> 当座預金
	振 込 口 座	番 号		
		フリガナ		
名 義				

- 療養費は、地方公務員災害補償基金静岡県支部から口座振替の方法により直接支払いますから、本人には、請求しないでください。
- この請求書は、月ごとに地方公務員災害補償基金静岡県支部(〒420-8601 静岡市葵区追手町 9 番 6 号 静岡県経営管理部福利厚生課内)あてに提出してください。
- 本請求書と内容が同一であれば、任意の請求書でかまいません。
- 請求に当たり、疑義のある場合は、地方公務員災害補償基金静岡県支部(Tel.054-221-3392) にお問い合わせください。

本請求書に関する照会先を御記入ください。

- 電話番号 _____
- 担当課(係) _____
- 担当者氏名 _____

※受 理	年 月 日
※決 定	年 月 日
※支 払	年 月 日
※決定金額	円

※印欄は、記入の必要はありません。