

地方公務員災害補償
療養の給付請求書

基金様式 第5号		認定番号	—
地方公務員災害補償基金大阪市支部長...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 年 月 日	
		請求者の住所 ふりがな 氏 名 印	
1 (所属団体) 大 阪 市		2 (所属部局)	
3 (氏 名) 昭和・平成 年 月 日生		4 (職 種)	
		5 (負傷又は発病年月日) 年 月 日	
6 療養を受けようとする 指 定 医 療 機 関	住 所		
	名 称		
7 転 医 前 の 指 定 医 療 機 関	住 所		
	名 称		

- [6療養を受けようとする指定医療機関]の欄には、請求者が療養を受けようとする指定医療機関の住所及び名称を記載してください。
- 現在療養を受けている指定医療機関を変更(転医)しようとする場合には新の指定医療機関の住所及び名称を[6療養を受けようとする指定医療機関]の欄に記載し、旧の指定医療機関の住所及び名称を[7転医前の指定医療機関]の欄に記載してください。
- 本請求書は、初回の療養費請求書とともに、療養を受けようとする指定医療機関に提出してください。2回目以降は、療養費請求書のみ提出し、本請求書を提出する必要はありません。
- 年月日の記載には元号を用いてください。