

療養の給付請求書・医療機関への対応報告書

地方公務員災害補償基金兵庫県支部長 様 下記の医療機関における療養の給付を請求します。同時に医療機関への対応について報告します。		請求年月日 令和 4 年 11 月 4 日 請求者の住所 〒 ××× - ○○○○ ○○市○○1-2-101 氏名 基金 兵庫	
被災職員の所属団体名 ○○市教育委員会		被災職員の所属部局名 ○○市立△△小学校	
被災職員の職名 用務員		被災職員の氏名 基金 兵庫	
負傷又は発病の年月日 令和 4 年 11 月 1 日		傷病名 右足関節捻挫	
療養を受けようとする医療機関 (初診の医療機関について記入してください。)	所在地	〒 ○○○-○○○○ ○○市△△2-3	
	名称	○○病院	
	初診日	令和 4 年 11 月 1 日	
上記医療機関への対応	(該当するものを○で囲んでください) <input checked="" type="checkbox"/> 依頼書使用 ・ 保留 ・ 共済 ・ 加害者 ・ 本人 調剤薬局は含まれません。		
その他医療機関への対応	(認定請求時点で、上記以外に受診医療機関があれば記載ください。) ※ 別途「療養の給付請求書・転医届」の提出が必要です。 医療機関名：△△整形外科クリニック 対応： <input checked="" type="checkbox"/> 依頼書使用 ・ 保留 ・ 共済 ・ 加害者 ・ 本人 (該当するものを○で囲んでください)		
※受理	提出がない場合、転医先医療機関に認定結果通知書の送付がなされず、 検査費用を含む療養費用の支払いができませんので、必ず提出してください。		
※決定 <input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 不支給			
年 月 日			

注) 請求者は、※の欄には記入しないこと。

この様式は初診の医療機関について記入してください。転医後の医療機関については、別様式(療養の給付請求書・転医届)を使ってください。

「保留」：治療費の請求を待ってもらっている 「依頼書使用」：治療依頼書使用
 「共済」：共済組合員証等を使用 「加害者」：加害者・保険会社が支払い(予定)
 「本人」：被災職員が支払い