**地方公務員災害補償**

**診　療　費　請　求　書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **地方公務員災害補償基金****島 根 県 支 部 長　殿****下記の診療費を請求します。****令和　 　年　 　月　 　日****所在地****医療機関の　　名　称****氏　名　　　　　　　　　　　　　　　㊞****金額　　　￥****ただし診療費内訳のとおり**

|  |  |
| --- | --- |
| **患者氏名** | **外　　　　名** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **送金先** | **振込先銀行** | **銀行　　　 　　　支店** |
| **預金科目****（☑すること）** | * **普 通 預 金　　 　□ 当 座 預 金**
 |
| **口座番号** |  |
| **預金名義者** |  |

 |

**注 1.診療費は、地方公務員災害補償基金島根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下さい。**

**2.この請求書は、月ごとに翌月15日までに松江市殿町1番地　地方公務員災害補償基金島根県支部あてに提出して下さい。**

**3.※印欄は、記入の必要はありません。**

|  |  |
| --- | --- |
| **※　受 　理** | **令和　　　年　　　月　　　日** |
| **※　決 　定** | **令和　　　年　　　月　　　日** |
| **※　支 　払** | **令和　　　年　　　月　　　日** |
| **※　決定金額** | **円**  |