【請求書送付先】

〒８１２－８５７７

福岡県福岡市博多区東公園7番7号

地方公務員災害補償基金福岡県支部

℡０９２－６４３－３０３１

ＦＡＸ　０９２－６３３－３４３８

　　　　　　　　年　　　月　　　日

**請 　　求　 　書**

**￥　　　　　　　　　　　　　　　　　　也**

|  |
| --- |
|  |

　　但し、下記職員の として

|  |
| --- |
|  |

　　（診療報酬明細、計算内訳別添のとおり）

被災職員氏名

|  |
| --- |
|  |

　 認 定 番 号

|  |
| --- |
|  |

　地方公務員災害補償基金

　　 　 福　 岡 　県　 支　 部 　長　　　　殿

郵便番号

住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名称

代表者 　　　 　　　　 　　　　 印

　　　　　　　　　 (振込口座)

銀行名

預金種別･口座番号

口座名義人

名義人ふりがな

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 地方公務員災害補償基金福岡県支部記載箇所 | | （注）  １　計算内訳とは、診療報酬に１点単価を掛けたものをいいます。  ２　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。  ３　入院中に病衣を算定された場合には摘要欄に貸与理由の記載をお願いします。 |
| 支 払 年 月 日 | 支 払 決 定 金 額 |
|  | 円 |
|  | |

（注）年月日の記載には元号を用いてください。