

地方公務員災害補償
療養費請求書

基金支部様式第1号

地方公務員災害補償基金

神戸市支部長様

下記の療養費を請求します。

年 月 日

医療機関の
郵便番号
所在地
名称
氏名
電話

請求金額 (別紙診療費内訳のとおり)		円
患者氏名		他 名分
送金先	振込先銀行	銀行 支店
	預金科目 (レ印を記入)	☐ 普通預金 ☐ 当座預金
	口座番号	
	口座名義	フリガナ

〔注意事項〕

- この請求書は、兵庫県医師会に所属する医療機関（官公立を除く。）については兵庫県医師会（〒651-8555 神戸市中央区磯上通6丁目1番11号 電話 078-231-4114）に提出してください。その他の医療機関については、本様式ではなく療養補償請求書（基金様式第6号）で、地方公務員災害補償基金神戸市支部（〒650-0034 神戸市中央区京町72番地 新クレセントビル9階 神戸市行財政局厚生課内 電話 078-322-6921）に提出してください。
- 支払は地方公務員災害補償基金神戸市支部から口座振替により行うので、「送金先」の欄に所定の事項を必ず記入してください（預金名義は預金通帳に記載されているとおり、省略せずに正しく、フリガナも添えて記入してください。）。
- 年月日の記載には元号を用いてください。

決定金額	円
------	---

※決定金額は記入しないでください。