

様式第2号（第8条関係）

療 養 の 給 付 請 求 書

（実施機関の職氏名）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 ㊞	
1 被 災 職 員 に 関 す る 事 項	所属部局名	職 名	
	氏 名 年 月 日生（ 歳）		
	負傷又は発病の年月日 年 月 日		
2 療養を受けようとする指定医療機関等		（新） 所在地	
		名 称	
		（旧） 所在地	
		名 称	

*受 理	年 月 日	*通 知	年 月 日
---------	---------------------	---------	---------------------

[注意事項]

- 1 請求者は、*印の欄には記入しないこと。
- 2 「2 療養を受けようとする指定医療機関等」の欄には、請求者が療養を受けようとする指定医療機関等の所在地及び名称を記入し、現在療養を受けている指定医療機関等を変更しようとする場合には、新旧の指定医療機関等の所在地及び名称を記入すること。