様式第2号（第8条関係）

療養の給付請求書

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 認定番号 | |  | |  | | |
| （実施機関の長の職氏名）  　　　　　　　　　　　　　　　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 | 所属部局名 | | | | | 職名 |
| する項　　　被災職員に関 | 氏名 | | | | | 年　　月　　日生（　　歳） |
| 負傷又は発病の年月日 | | | | | 年　　月　　日 |
|  | | | （新）所在地 | |  | |
| ２　療養を受けようとする指定医療機関等 | | | 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。