様式第3号（第4条関係）

療養の給付請求書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 認定番号 |  |  |  |
| （教育委員会の長の職氏名）　　　　　　　　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 | 所属学校名 |  | 職業 |  |
| 被災学校医等に関する事項 | 氏名生年月日　　　　　　年　　月　　日 |
| 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 |  |
|  |  |  |  |
| ＊受付 | 　　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でください。

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してください。