支部様式第８号

|  |
| --- |
| **診 療 費 請 求 書**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　年　　月　　日　　　　地方公務員災害補償基金京都府支部長　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所 請求者 （指定医療機関） 氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　診療費を下記のとおり請求します。 |
| 　　請求額 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   円 |
|  ただし、 |
|  | 基金認定番号 |  |  |
| 所　　　　属 |  |
| 氏　　　　名 |  |
| 請求内容 | 　　　　　年　　月分療養費 別紙診療費請求明細のとおり |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  送 金 希 望 の 場 合 |  銀　行 振込み |  振込先金融機関名　　　　　 銀行　　　　　支店 |  預 金 名 義 者 名 |  |
|  口座の記号番号 |
|  □普通預金　　□当座預金 | （フリガナ） 氏　名 |
|  その他 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ＊ 受 理　　　 年 　月 　日 | ＊ 通 知　　　 年 　月 　日 | ＊ 支 払　　　 年 　月 　日 | ＊ 決 定 金 額 円 |

(注)　請求者は、＊印の欄には記入しないこと。