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。