地方公務員災害補償療養費請求　総括表

（令和　8　年　9　月　請求分）

提出年月を記入。
当月分の締切は10日到着分迄。
例）9月請求分
（8月10日～9月9日投函分）

医療機関名称　東京都医師会診療所
開設者氏名　東　医師男
住所　〒　101-8328
千代田区神田駿河台二丁目五番地
電話番号　03－3294－8821

医療機関の情報を記入。
スタンプでも可能。

No.	診療年月	被災者氏名	認定番号	備考
1	令和8年6月	都　医　太　郎	1234 — 5678	
2	令和8年7月	〃	〃	
3	令和8年8月	〃	〃	外来
4	〃	〃	〃	入院
5	令和8年7月	都　医　花　子	4321 — 8765	
6			—	
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13			—	
14			—	
15			—	

同月で外来と入院とを分けて作成した場合は、それぞれ記入し、備考欄に外来または入院と記入する。

1名1ヶ月単位で記入する。ただし、外来と入院とを分けて作成した場合は、それぞれ記入する。
被災者の診療年月、氏名、認定番号を記入。
15件以上の場合は、2枚に分けて作成。

総括表はコピーして使ってください。

合計　5　件

請求書の合計件数を記入
15件以上の場合は、2枚に分けて作成し、2枚の合計件数を記入する。

東京都医師会　受付番号

東京都医師会で使用する為、記入不要