

# 地方公務員災害補償療養費請求 総括表

(令和 年 月 請求分)

医療機関名称

開設者氏名

住所 〒

電話番号

No.	診療年月	被災者氏名	認定番号	備考
1			—	
2			—	
3			—	
4			—	
5			—	
6			—	
7			—	
8			—	
9			—	
10			—	
11			—	
12			—	
13			—	
14			—	
15			—	

合計 件

東京都医師会 受付番号