

地方公務員災害補償療養費請求 総括表

(令和 4 年 6 月 請求分)

提出年月を記載。
当月分の締切は 10 日到着分迄。
例) 6 月請求分
(5 月 10 日～6 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載。
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 4 年 1 月	都 医 太 郎	1234 — 5678	同月で外来と入院とを分けて作成した場合は、備考欄へ記入する。
2	令和 4 年 2 月	〃	〃	
3	令和 4 年 3 月	〃	〃	外来
4	〃	〃	〃	入院
5	令和 4 年 6 月	都 医 花 子	4321 — 8765	
6			—	
7				請求は 1 名 1 ヶ月単位で提出。(外来と入院とを分けることも可能。) 被災者の診療年月、氏名、認定番号を記載。 15 名以上の場合は、2 枚に分けて記載。
8				
9			—	
10				
11				総括表はコピーして使ってください。
12				
13			—	
14			—	
15			—	

請求書の合計件数を記載
15 名以上の場合は、2 枚に分けて記載し、2 枚の合計件数を記載する。

合計 5 件

東京都医師会 受付番号

東京都医師会で使用する為、記載不要