

地方公務員災害補償療養費請求 総括表
(令和 6 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 6 年 6 月	都 医 太 郎	1234 — 5678	
2	令和 6 年 7 月	//	//	
3	令和 6 年 8 月	//	//	外来
4	//	//	//	入院
5	令和 6 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