

地方公務員災害補償療養費請求 総括表

(平成 28 年 7 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) 12 月請求分
 (11 月 10 日～12 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	平成28年 1月	都 医 太 郎	1234 — 5678	
2	平成28年 2月	//	//	
3	平成28年 3月	//	//	
4	平成28年 4月	都 医 花 子	4321 — 8765	
5				
6				
7				
8			—	
9			—	
10				
11				
12				
13			—	
14			—	
15			—	

請求は 1 名 1 ヶ月単位で提出。
 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。

総括表はコピーして使ってください。

合計 4 件

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。

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