

様式第3号(第8条関係) **被災者御本人様へ** 赤字部分にご記入いただきますようお願いいたします。  
**医療機関の皆様へ** 青字部分にご記入いただきますようお願いいたします。

療 養 補 償 請 求 書			請求回数 第 回
山口県市町総合事務組合管理者 様		請求年月日 平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日	
-----		請求者住 所 <b>被災者住所</b>	
下記の療養補償を請求します。		ふりがな 氏 名 <b>被災者氏名</b> (印)	
1 補償費用の受領委任	この請求書による療養補償の費用の受領を <b>病院名 又は 薬局名</b> に委任します。 委任者の氏名 <b>被災者氏名</b> (印)		
	上記委任に基づき、この請求書による療養補償の費用の支払を請求します。 受任者の住所 <b>病院又は薬局の住所(病院又は薬局記載欄)</b> 氏 名 <b>病院又は薬局の名称(病院又は薬局記載欄)</b> (印)		
2 被災職員に関する事項	所属団体名 <b>○○○市</b>	職 名例) <b>○○委員、非常勤職員等</b>	
	氏 名 <b>被災者氏名</b>	昭和・平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日生 ( ○ 歳)	
	負傷又は発病の年月日 平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日		
3 診 察 費	内訳は、別紙「診療報酬費支払明細書」のとおり	1, 2 3 4 円	
4 看 護 料	<input type="checkbox"/> 看護師 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 付添婦 日 <input type="checkbox"/> その他 平成 年 月 日	円	
5 移 送 費	交通費 片道 回 往復 回 から まで km	円	
6 上記以外の療養費		円	
7 療養補償請求金額		円	
8 送金希望の場合	振 込 先 <b>○○銀行 ○○支店</b>	※ 受 取 口座	
	預 金 科 目 <input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金	※ 決 定 金 口座	
	振 込 口 座 番 号 <b>病院又は薬局の支払口座</b>	※ 通 信 口座	
	預 金 名 義 者 <b>病院又は薬局の口座名義</b>	※ 支 払 口座	

「8 送金希望の場合」欄は医療機関の支払口座等を記入。移送費等被災者本人に支払を行うものがある場合には、別紙に振込先金融機関、支店名、口座番号、口座名義を記入し提出してください。

御不明な点は御連絡ください。山口県市町総合事務組合 (電話 : 083-925-6613)