

療養費支払状況報告書

年 月 日

地方公務員災害補償基金千葉県支部長 様

所属団体名

所属部局名

氏 名

私は、 年 月 日発生 of 災害に係る傷病の療養費については、下記のとおりであることを報告します。

医療機関等名称	自己負担の有無	診療費支払方法※	負担期間	負担した金額 (円)

※ 診療費支払方法欄 (下記の記号を選択すること。)

- 「ア」 …… 医療機関から直接基金に請求予定
- 「イ」 …… 加害者等 (相手方保険会社等) が支払う予定
- 「ウ」 …… 自分で負担している (全額)
- 「エ」 …… 自分で負担している (共済組合員証使用)

(注 1) 本書作成時の状況を記入すること。

(注 2) 自己負担がない場合は、「負担期間」「負担した金額」の記入は不要。