支部様式第17号

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　　日発生の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。