|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 診断書料等請求書 | 認定番号 |  |
| 地方公務員災害補償基金岩手県支部長　殿　　　　　下記の診断書料等を請求いたします。 | 請求年月日　令和　　年　　月　　日 |
| 請求医療機関　住所名称　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 被災職員に関する事項 | 所属団体名 | 　所属部局名 |
| 　氏　名　　　　　　 |
| **診断書料等　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 振　込　口　座 | 振込先金融機関 | 　　　　　銀行　　　　支店 |  | 請　求　の　内　訳 |
| □ 普通預金　　　□ 当座預金 | 内　　　　容 | 金額（円） |
| 口座番号 |  |  |  |
| フ　リ　ガ　ナ預金名義名 |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |

注）１　地方公務員災害補償法の規定に基づく療養及び医療につきましては、消費税法第６条別表

　　　第１第６号トにより非課税扱いとなりますので、当該診断書料等（フィルムコピー代含む）の

御請求につきましても課税されませんようお願いいたします。

　　　２　「腰痛症等に対する医師の意見書（支部様式２－２）」、「公務災害治ゆ届（支部様式１４）」

　　　　につきましては、こちらの様式で御請求くださるようお願いいたします。（認定申請用の診断

　　　　書は、「療養補償請求書」又は「診療費請求書」で治療費と併せて御請求ください。）

　　　　　なお、治ゆ届の御請求の際には、御記入いただいた治ゆ届の写しを添付いただきますよう、

　　　　お願いいたします。

【　注意　】

○　この請求書は医療機関から直接基金あてに請求する際に使用するものですので、必要がある場合は、この請求書を病院に提出してください。

* この診断書料等請求書で請求できる項目は以下のとおりです。

|  |  |
| --- | --- |
| 項　　　　　　　目 | 請求の可否 |
| 腰痛症等に関する医師の意見書（支部指定様式） | ○ |
| 療養上補装具が必要である旨の診断書 | ○ |
| ﾀｸｼｰ利用証明書に添付する医師の意見書（支部指定様式） | ○ |
|  |  |