

「療養手当請求書」の書き方

注意 1

療 養 手 当 請 求 書			
令和 年 月 日			
吹 田 市 長 あ て			
公害健康被害の補償等に関する法律第40条第1項の規定による療養手当の支給を請求します。			
被 認 定 者	認定番号	(吹)	
	ふりがな		
	氏 名		生年月日 昭和 年 月 日
	住 所		認 定 疾 病 名 1 慢性気管支炎 2 気管支ぜん息 3 ぜん息性気管支炎 4 肺気しゅ
軽微な誤字・脱字等の訂正を市側で行うことについて ☐ 承諾します ☐ 承諾しません 上記のいずれかにチェックをお願いいたします。			

~~令和 年 月 診療分~~ ← 記入しないでください

医療機関名	医療機関所在地	療養日数	内訳
注意 2		入院	日
		通院	日
		入院	日
		通院	日
		入院	日
		通院	日
		入院	日
		通院	日
療養日数 合計		入院	日
		通院	日

※療養日数とは、認定疾病の治療のために療養を受けた1か月間の入院及び通院日数です。

注意 1 … 太枠内を御記入ください。

「こすれば消えるボールペン」や鉛筆での記入は不可です。

注意 2 … かかりつけの医療機関名とその所在地（住所）を御記入ください。

注意 3 … 記入誤りによる修正液・修正テープは使用しないでください。

注意 4 … この請求書は1か月単位で作成してください。