地方公務員災害補償療養補償請求書（指定医療機関用）

一　金　　円

ただし，令　和　　年　　月　分

（受給者）　　外　　名

上記のとおり請求します。

令和　　年　　月　　日

請　求　者

所　在　地

名　　称

代表者名

地方公務員災害補償基金鹿児島県支部長　殿

振込先金融機関名	銀行　　支店
口座番号	普通預金
預金名義者名（ふりがな）	

※　預金名義者には必ずふりがなを付けてください。