

公害健康被害の補償等に関する法律に係る療養費請求書

年 月 日

(あて先) 千葉市長

請求者 住 所
氏 名

公害健康被害の補償等に関する法律第24条の規定に基づく療養費の支給を請求します。

被認定者	千葉市公害医療手帳の記号番号	千葉 -	ふりがな				
			氏名	(男・女)			
	認定疾病の名称		生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日 (満 歳)		
	住 所						
(1) 当該療養費の支給の請求に係る疾病の名称及び療養の内容	医師その他の診療・薬剤の支給又は手当を行った者の証明	ア 疾病名					
		イ 疾病の経過の概要					
			年 月 日 治癒・死亡・転医・中止・継続中				
		ウ 療養の内容	期間	年 月 日から	年 月 日		
			まで	日間診療実日数	日		
	エ 療養の内訳及び金額 (調剤報酬明細書の写し等を添付)	円					
	上記の者については、アからエまでに記載したとおりであることを証明します。 年 月 日						
	病院、診療所 又は薬局		所在地 名称 調剤担当者		⑩		
看護	年 月 日から 年 月 日まで	看護師の資格の有無	有・無	円			
移送	から まで片道・往復 km 回			円			
上記以外の療養費 (内訳別紙請求書又は領収書 枚のとおり)		円					
(2) 療養に要した費用の額	合計	円 (領収書を添付)					
療養の給付を受けなかった理由							

(注) この請求書には、裏面に掲げる書類を添付してください。

審査会決定額	年 月 審査	円
--------	--------	---

○添付書類について

- 1 (1)及び(2)に掲げる事項については、医師その他の診療、薬剤の支給又は手当を行った者の証明を受けてください。

【例】(1) 診療報酬明細書の写し等 (2) 医療機関から発行された領収書

- 2 看護又は移送に要した費用の額については、当該費用の額を証明することができる書類を、この請求書に添えてください。

○注意事項

- 1 療養費の支給の請求は、その請求をすることができる時から2年を経過したときは、することができなくなりますので、ご注意ください。