

公害健康被害の補償等に関する法律

療養手当請求書

被 認 定 者	公害医療手帳の記号番号 千葉-		生年月日	明治 大正 年 月 日 昭和
	ふりがな			
	氏 名		認定疾病 の 名 称	1. 慢性気管支炎 2. 気管支ぜんそく 3. ぜん息性気管支炎 4. 肺気しゅ
住 所				
療養を受けた日の 属 する 月		年 月	療養を受 けた日数	入 院 日 入院外 日
療養をうけた病院等の 名 称 お よ び 所 在 地				
添 付 書 類 名		レ セ プ ト に よ り 確 認		

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。

(あて先) 年 月 日
千葉市長

請求者 { 住 所
氏 名
電話番号

※ 決 定	療 養 を 受 け た 日 数		療 養 手 当 支 給 額					
	年 月	入 院 日 入院外 日	¥				0 0	円

※ 決定欄は記入しないでください。
(注意 「その月のうち通院日数4日以上、入院日数1日以上であるとき」に)
この請求書を使用して下さい。

参 考

療養手当は、次の5区分により支給されます。

- ① あなたの請求した月において、入院日数が15日以上。
- ② 〃 入院日数が8日以上14日以下。
- ③ 〃 入院日数が1日以上7日以下。
- ④ 〃 通院日数が15日以上。
- ⑤ 〃 通院日数が4日以上14日以下。