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

明治

大正

昭和

氏　名　　　　　　　　　　　印

　　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 | | | 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給又は手当を行つた者の証明 | 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  所在地名称診療担当者印  病院、診療所  又は薬局  ㊞  所在地  名称  調剤担当者 | | | | | | | |
| 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　 ㎞　キロメートル 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。