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。