

<input type="checkbox"/> 消防団員 <input type="checkbox"/> 水防従事者 <input type="checkbox"/> 水防団員 <input type="checkbox"/> 応急措置従事者 <input type="checkbox"/> 消防作業従事者 <input type="checkbox"/> 救急業務協力者	<h2 style="margin: 0;">損害補償費支払請求書</h2>																
請求回数 第 回(年 月分)																	
岩手県市町村総合事務組合管理者 殿	請求年月日 年 月 日 (千)																
_____に係る 下記の損害補償費を別添内訳書のとおり 請求します。	請求者の住所 _____ ふりがな 氏 名 _____ 死亡者との 続柄又は関係 _____																
診療費等の受領委任	この請求書による損害補償費のうち、療養補償費（診療費、調剤費、施術料又は看護料のうち訪問看護に係る費用に限る。）の受領を下記の者に委任します。 委任者の氏名 _____																
受任者の	上記委任に基づき、この請求書による損害補償費のうち、療養補償費（診療費、調剤費、施術料又は看護料のうち訪問看護に係る費用に限る。）の支払を請求します。 { 住 所 _____ 医療機関等の名称 _____ 氏名（代表者名） _____																
損害補償費の請求額 _____ 円																	
内訳書等の種類	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> 療養補償費内訳書</td> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> 介護補償費内訳書</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 休業補償費内訳書</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 遺族補償費内訳書</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 傷病補償年金内訳書</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 葬祭補償費内訳書</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 傷病補償年金変更内訳書</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 未支給の損害補償費内訳書</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 障害補償費内訳書</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 事故状況等証明書</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 障害補償費変更内訳書</td> <td style="border: none;"></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 療養補償費内訳書	<input type="checkbox"/> 介護補償費内訳書	<input type="checkbox"/> 休業補償費内訳書	<input type="checkbox"/> 遺族補償費内訳書	<input type="checkbox"/> 傷病補償年金内訳書	<input type="checkbox"/> 葬祭補償費内訳書	<input type="checkbox"/> 傷病補償年金変更内訳書	<input type="checkbox"/> 未支給の損害補償費内訳書	<input type="checkbox"/> 障害補償費内訳書	<input type="checkbox"/> 事故状況等証明書	<input type="checkbox"/> 障害補償費変更内訳書					
<input type="checkbox"/> 療養補償費内訳書	<input type="checkbox"/> 介護補償費内訳書																
<input type="checkbox"/> 休業補償費内訳書	<input type="checkbox"/> 遺族補償費内訳書																
<input type="checkbox"/> 傷病補償年金内訳書	<input type="checkbox"/> 葬祭補償費内訳書																
<input type="checkbox"/> 傷病補償年金変更内訳書	<input type="checkbox"/> 未支給の損害補償費内訳書																
<input type="checkbox"/> 障害補償費内訳書	<input type="checkbox"/> 事故状況等証明書																
<input type="checkbox"/> 障害補償費変更内訳書																	
送金振込先	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 20%; border: none;">被災者分</td> <td style="width: 30%; border: none;">振込先 銀行 支店</td> <td style="width: 10%; border: none;">医療機関分</td> <td style="width: 40%; border: none;">振込先 銀行 支店</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;">口座番号</td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;">口座番号</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金</td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">ふりがな 預金名義者</td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;">ふりがな 預金名義者</td> <td style="border: none;"></td> </tr> </table>	被災者分	振込先 銀行 支店	医療機関分	振込先 銀行 支店		口座番号		口座番号		<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金		<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金	ふりがな 預金名義者		ふりがな 預金名義者	
被災者分	振込先 銀行 支店	医療機関分	振込先 銀行 支店														
	口座番号		口座番号														
	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金		<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金														
ふりがな 預金名義者		ふりがな 預金名義者															

(注)

- 1 該当する「□」に、レ印を記入すること。
- 2 「診療費等の受領委任」の欄は、診療に当たった医師若しくは医療機関、調剤に当たった薬剤師若しくは薬局、施術に当たった柔道整復師若しくは施術所又は訪問看護を行った訪問看護事業者に診療費等の受領を委任しようとする場合にのみ記入すること。
- 3 この請求書に添付する書類
 - (1) 初回請求の際は、事故状況等証明書及び当該様式の注意事項に定める書類
 - (2) 損害補償費支払請求に必要な内訳書及び当該様式の注意事項に定める書類