

公害健康被害の補償等に関する法律療養手当請求書

令和 年 月 日

(あて先) 富士市長

住所
請求者 氏名
電話番号

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

公害医療手帳 の記号番号			
被認定者	ふりがな		生年月日
	氏名	(男・女)	明大昭 (歳)
	住所		認定疾病 の名称
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
医療機関名		住所	療養を受けた日数
			入院 日 入院外 日

療養手当請求書の提出についての注意

- (1)療養手当は、次の場合に支払われます。
 - ①あなたの申請した月において、入院日数が1日以上である。
 - ②あなたの申請した月において、通院日数が4日以上である。
- (2)この請求書は10日までに提出してください。