

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		
	氏 名	生年月日	明大昭 年 月 日 (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
			入 院 日 ----- 入院外 日
			入 院 日 ----- 入院外 日
			入 院 日 ----- 入院外 日
			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。